山口県医師会報

2011
平成 23 年
12 月号
No.1816

初冬　渡邉惠幸　撮

Topics

歳末放談会
県民公開講座「がんと向き合って生きる」
第 167 回定例代議員会

Contents

●特別企画「東日本大震災と DMAT」…… 1037
●今月の視点「県医師会の学校保健への取り組み」…… 茶川治樹 1042
●歳末放談会「今年の大ニュース」…… 1045
●フォトコンテスト審査会…… 田中義人 1059
●県民公開講座「がんと向き合って生きる」…… 長谷川奈津江 1060
●第 167 回定例代議員会 …… 1062
●第 167 回定例代議員会印象記 …… 渡邉惠幸 1080
●平成 23 年度第 3 回山口県医師互助会支部長会…… 1092
●平成 23 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会 …田中豊秋、城甲啓治、林　弘人 1094
●平成 23 年度山口県医師会有床診療所部会総会 …… 正木康史 1103
●平成 23 年度山口県医師会有床診療所部会第 2 回役員会…… 正木康史 1105
●第 33 回産業保健活動推進全国会議 …… 河村康明 1106
●第 121 回山口県医師会生涯研修セミナー … 福田信二、小林元壯、吉本正博 1119
●県医師会の動き…… 小田悦郎 1132
●理事会報告 (第 14 回、第 15 回)…… 1134
●女性医師リレーエッセイ「クリスマスによせて」…… 村上知早 1140
●いしの声「プレゼンテーション今昔物語」…… 廣田　修 1142
●飄々「都をどり - 長州人・槇村正直の役割 -」…… 吉岡達生 1144

●日医 FAX ニュース …… 1143
●お知らせ・ご案内…… 1143
●編集後記…… 林 1146

特別企画　東日本大震災と DMAT

救護活動報告

DMAT として綜合病院社会保険徳山中央病院が出務、災害現場での医療に携わった。

東日本大震災への DMAT としての活動について

救急科主任部長 (医師)　山下　進

DMAT とは

1995 年の阪神淡路大震災以後、日本国内では大規模災害に対する備えが当然のように求められるようになりました。医療対応についても厚生労働省では「災害医療体制のあり方に関する検討委員会」を通じて、超急性期から災害現場で活動する医療チーム DMAT(Disaster Medical Assistance Team) の整備を進める計画が打ち出されました。DMAT という名称は元々は米国の災害医療システム (The National Disaster Medical System:NDMS) の中に登場する医療チームですが、米国版 DMAT は 1 チームの規模がもっと大きなもので、活動の考え方などはむしろ英国の MIMMS（Major Incident Medical Management and Support） に近いと考えられます。

日本 DMAT 隊員養成研修は「目からうろこが落ちる」経験ができる研修です。少なくとも僕の経験ではこれまで、日本の医療教育の中で「災害医療」ということを教わることはありませんでした。「現場でできることをやれ」というような精神論、根性論だけはどこかから聞こえてきますが、災害現場に医師という立場で出て行くのは大変なストレスです。しかし、MIMMS や DMAT を通じて「災害医療」を学ぶと、その知識を通じて被災者を救うことができる可能性があるのです。DMAT の研修は 4 日間にわたるかなり濃厚な研修ですが、4 日間が終了すると、皆さん相当な疲労感とともに充足感をもって各々の病院に戻られています。

日本 DMAT が正式に発足したのが 2005 年ですが、2010 年 12 月 31 日段階で全国に 801 チーム（1 チーム 5 名）の DMAT が存在しています。山口県では現在 15 病院、22 チームが存在しています。

3 月 11 日発災対応

DMAT の隊員は個人が厚生労働省に登録されており、厚生労働省から出動要請が各人の携帯電話へメールで届けられるという仕組みになっています。日本 DMAT が 2005 年に設置され、その後の運用については厚生労働省から、各都道府県に移管されつつありますが、地域によってまだ混乱があります。

今回の震災について、まず 1 報は 15:12 に携帯メールで届けられました。「14:46 に宮城県三陸沖を震源とする震度 7 の地震が発生した」というもの。全国の DMAT 隊員への待機要請でした。実は僕は携帯電話を手元にもっておらず、院内を動きながら仕事をしていましたから地震について知りませんでした。何人かのスタッフから、「東北ですごい地震が起きているみたいだけど、山下先生行かないの？」と声をかけられて、「よっぽどひどかったら行くよ」と答えながら通常業務をこなしていました。

仕事がひと段落ついたところで自分の机のパソコンでネットをみると、津波によるひどい被害が目に飛び込んできました。あわてて携帯メールをチェックすると、先ほどの待機要請のメールに続いて、参集拠点を伝えるメール、そして、16:46 に全国 DMAT に対する派遣要請が届いていました。

実は近年の新潟県中越沖地震や、岩手・宮城内陸地震の時なども全国の DMAT に待機要請が出たものの、すぐに近県だけの派遣要請に切り替わり、遠方地域では待機解除となっていました。今回のように全国 DMAT へ派遣要請がかかったのは初めてのことです。

「出るべきなのか」

被害状況を伝えるパソコンの画面と携帯メールの文面をみながら、しばらく立ちすくんで考え

ました。
「出よう」
と決めて、17時には院長に出動を報告し、快諾をいただきました。こんなときのためにDMATの研修を受けて、装備を整えていたのだと自分に言い聞かせながら、他のDMAT隊員に連絡して出動準備を始め、院内の仕事を他の医師に頼み、事務職員にも移動手段を確認してもらったりしていました。ところがその途中で、県の担当者から出動は見合わせろという連絡が入りました。派遣要請は国（厚生労働省）から来ているのに、調整を県（地方行政）が行うというなんとも複雑なシステムになっています。派遣を調整する県とすれば、交通手段が確保できていない状況で、県内のDMATを遠方派遣するというのはなかなか判断が難しいというのはわからなくはない・・・・のですが。そのときの気持ちとしては、災害医療に対する装備をもったチームがここにいて、せっかく決意をきめて病院として救援のために出動しようとしているのに、それを何故県が止めるのかという憤りを感じていました。病院長からも、県の制止を振り切ってまでの出動は認められないとなだめられ、一度、出動は断念となりました。

出動～現地到着

出動を断念して、一度自宅に帰っていたのですが、0時過ぎに県庁から病院にあらためて出動要請があったとのことで、病院から僕の携帯に連絡がありました。再度病院に隊員が集まり、すでに準備してあった医薬品や医療資機材に加え、飲料水や食料も積み込んで専用のDMAT車で午前2時に病院を出発しました。山口県からは当院を含め4病院からの派遣となりました。DMATではEMIS（Emergency Medical Information System; 広域災害救急医療情報システム）というインターネットのシステムを利用して様々な情報を共有することが可能で、交通手段に関する情報も集まりつつありました。高速道路も通れるとか、大阪伊丹空港まで行けば自衛隊機で現地まで搬送してもらえるとかいうような情報です。とりあえず、東へむかって高速道路を走るという方針で、県庁の担当者の方からの指示も同じ方針でした。

朝7時に伊丹空港に到着。自衛隊機（C-130ハーキュリーズ）の到着をまって13：20に搭乗しました。手にもっていけるだけの資機材ということになりましたので、車に積み込んでいた資機材のうちの一部をおいて搭乗。離陸に時間がかかったのもありましたが、目的地の岩手県花巻空港には16：20に到着しました。

現地活動

現地到着は12日の16：20でしたが、実は当日は到着の報告を済ませてしまうと業務はありませんでした。到着した岩手県花巻空港は内陸にある空港で、地震のために一部で停電がありましたが、建物には大きな被害はありませんでした。そのため、SCU（Staging Care Unit）として指定されており、全国からDMATや使用可能な航空機が集まってきており、傷病者を搬送してくるための集積場所として立ち上げられていました。携帯電話は時々つながるという程度で、我々も病院や県庁に到着報告をするのも大変でしたが、SCUの本部では数台の衛星携帯電話をインターネットに接続し、情報ネットワークを確立していました。現地には全国から70隊を超えるDMATが集まっており、十分な要員がいて、交代で勤務にあたる形になっていました。夕方に到着した我々は、空港のすぐ裏にある集会所のようなところで休憩、仮眠をとることとなりました。この集会所は隙間風の吹き込んでくる古い木造の建物で、停電しているため暖房もとれず、板間に直接に横になって仮眠をとるのでかなり寒い環境でした。全国から色々な装備のDMATが集まる中、寝袋を持ってきている隊や、テントを持ってきて屋外で野営している隊もありました。我々は数枚の毛布を持ってきていたのですが、大阪伊丹空港で自衛隊機に乗り込む際に資機材を減らすために枚数を半分にしていたので、隊員全員の分はありませんでした。一番寒さに強い僕（皮下脂肪が一番豊富）が毛布なしで、持参のジャンバーなどを着込んで夜をすごしました。

翌13日は朝からSCUで交代しながら搬送されてくる患者さんのケアにあたるということになりましたが、予想されていた以上に運ばれてくる患者さんは少なかったです。これは、これまでの震災に比べると、地震そのものによる被害よりも

津波による被害が大きかったためです。津波のための行方不明者、死亡者数に比べれば、航空機搬送が必要になるような重症患者さんの数は随分少なかったのです。携帯電話による通信状況は相変わらずで、SCU本部においてある衛星携帯電話経由のインターネット・EMISがほぼ唯一の情報源でしたが、被災した地域からの情報発信が少ないため、正確な情報収集が困難な状態が続いていました。そんな中、沿岸の大船渡病院で、多数の重症患者が殺到しているという情報がネット上に流れてきました。大船渡病院にはDMATがもともといますし、前日の情報では陸路到着したDMATも活動しており、病院機能も維持できていて、患者さんへの対応もできているということでしたが、通信が途絶した状態は続いており、電話での問合せは不能です。実際に病院の状況を確認しに行くということになり、衛星携帯電話を持参してきていた我々の隊がヘリコプターで直線距離60km離れた大船渡病院へ向かいました。まだ雪がつもった山々を越えて沿岸地区に到達すると、津波による惨憺たる被害の爪痕が視界に入ってきました。大船渡病院は沿岸からほんの数百メートルの距離ですが、高台にあるためまったく被害を受けておらず、敷地内の駐車場が臨時のヘリポートになっていました。着陸後早速、病院スタッフに状況を確認すると、やはり重症患者が殺到しているというのは誤情報であったとのことでした。患者さんへの対応も十分にできており、陸路到着したDMATの中にはそろそろ撤収を開始している隊もあるということでした。自家発電、水道、酸素供給などの院内インフラも維持できているということでしたが、やはり固定電話、携帯電話は不通となっており、通信、ネット環境は完全にダウンしていました。病院で一台のみ保有している衛星携帯電話が外部との唯一の通信手段でしたが、県の災害対策本部や消防、警察などとの連絡のためにほぼ占有されている状態でした。大船渡病院の状況を早速、持参した衛星携帯電話で花巻空港SCUへ報告したところ、我々を迎えるためのヘリコプターを手配することは難しいので、そのまま大船渡病院の診療援助を行うようにとの指示を受けました。大船渡病院では、持参した衛星携帯電話を使ってヘリ搬送される患者情報のやり取りの仲介をしたり、近隣の避難所への回診に行ったりしていましたが、幸いにして命に関わるほどの重症症例には関わりませんでしたし、まだ発災3日目ですから医療資材の不足という問題も発生していませんでした。夜になって、他のDMAT隊と交代しながら夜間外来にあたることとなり、我々は2時までのシフトになりました。夜間の外来もそんなに忙しくなく、重症例もありませんでした。印象に残っているのは、患者さんについてではなく、外来の控え室で大船渡病院のスタッフの皆さんと交わした会話です。「津波で家が流されちゃったから、地震からずっと病院ですよ」「あ、オレも」って、僕たちに笑いながら話してくれる看護師さんやドクターが何人もいました。無愛想な若手のドクターがフラッと控え室に入ってきてソファに腰を下ろすと、テレビで流れる避難者一覧をじっと眺めていました。妹さんと連絡がつかない状況が続いているそうですが、病院を離れて探しにいくこともできず、どうしようか悩んでるのだと打ち明けてくれました。同様に家族と連絡が取れないけど、働き続けているというスタッフは院内には沢山いるのだそうでした。控え室のテレビでは今回の震災に関する海外での報道の様子が流れており、いかに日本人が災害に立ち向かっているかが高く評価されていました。英国インディペンデンス紙の見出しとして「Towns vanish, thousands die – but a nation begins its fightback（町が消滅した。数千人が死んだ。それでもこの国は反撃を開始する。）」という映像が流れました。自宅に帰らず、自分の家族の安否もわからない中、がんばり続ける大船渡病院のスタッフの皆さんと一緒に控え室でコーヒーを飲みながら、思わず涙が流れました。

2時を過ぎて仮眠を取ることにしましたが、横になって間もない3時に連絡がありました。転院搬送を手伝ってもらえないかということでの呼び出しでした。開放骨折で緊急手術が必要だが、もともと腎不全、心不全のある患者さんなので岩手医大まで搬送が必要だけど、夜間でヘリコプターも飛べないので、陸路搬送になるということでした。ここで仮眠に入ったばかりの我々に声がかかったのは実は大船渡病院の統括DMATの山野目先生の配慮でした。大船渡病院の周辺ではす

でにガソリンは枯渇しつつあり、緊急車両以外は走行していない状況でした。ヘリコプターも基本的には患者搬送にしか使われていないので、我々の帰路については自分たちで確保しておかないと、被災地・大船渡に取り残されてしまう可能性があったのです。岩手医大がある盛岡は比較的被害は少ないので、患者搬送について盛岡まで行けば帰還の手立てが見つかるのではないかと考えられたのです。隊員とも相談し、転院搬送の業務をうけることとしました。もってきた資機材全部を救急車に載せることは不可能でしたので、医療資機材の大半は寄付という形にしました。最低限の資機材を持ち、救急車内では少々の疼痛管理、血圧管理をしながら2時間の転院搬送となりました。

東の空が薄明るくなるころ、無事、岩手医大に到着できました。花巻空港SCU本部へ連絡し、指示を仰いだところ、やはりできるものなら盛岡から自力で撤収するようにとのことでした。盛岡市内では携帯電話もインターネットも接続可能でしたので、帰路についてはロジスティック（業務調整員）を中心に空路、陸路、鉄道などを色々と調べ、山口県庁の担当者の方も色々と可能性を調べて下さいました。結局、盛岡市内でレンタカーを借りて青森空港を経由して大阪伊丹空港へ戻り、それから陸路病院まで戻ってまいりました。

活動の反省、考察

阪神淡路大震災の時、自分はまだ医学生でした。医師になってからDMATに関わるようになって、多くの先生方から当時の反省点をうかがう機会がありましたが、今回の震災ではその反省点が生かされていたと思います。目に付いたのは2点です。①超急性期から医療チームが現場入りし、②ヘリコプター、航空機による患者搬送が実施されたということです。どちらも阪神淡路大震災のときにはできなかったことです。DMATという「災害医療」を担う組織が発災翌日には現地に存在していて、色々な医療支援チームが現地に入ってくるまでの「つなぎ」ができたのではないかと思います。我々のDMATの活動としても合格点だったと言えるのではないかと思います。

その一方で、今後の活動へ向けて改善するべき点も数々考えられますが、これも目についたのは2点ありました。①通信、指揮命令系統の混乱のために投与された人員、資機材を十分には活用することができなかったということ。②我々を含めて機動力をもたない隊（自衛隊機で現地入りしたDMAT）が多数いたので動きづらかった、という点です。通信については、今回派遣されたDMATの多くが帰院後に衛星携帯電話を新規購入もしくは更新しているようです。本来、衛星携帯電話はDMATの標準装備なのですが、未装備だったという隊も多かったですし、機種や設定によってインターネットへの接続ができなかったりするのです。当院の衛星携帯電話もインターネットへは接続できず、バッテリーも古くなっている様子でしたので、現在更新（買い替え）を検討しているところです。

以上、今回の震災についてDMATとしての活動についてまとめさせていただきました。内容はあくまでも超急性期のDMATとしての対応に限ったことのみです。我々が撤収した後もさらに沢山の医療関係者が、長期間にわたってご尽力されておられますし、今もなお、復興にむけての援助が続けられています。被災地の一日も早い復興をお祈りいたします。

DtoD
医業継承・医療連携
医師転職支援システム
〈登録無料・秘密厳守〉
後継体制は万全ですか?
DtoDは後継者でお悩みの
開業医を支援するシステムです。
まずご相談ください。

●お問い合わせ先 コンサルティング統括部
0120-33-7613
【携帯、PHS対応】受付時間:9:00～18:00(月～金曜日)担当:藤原・伊藤
http://www.sogo-medical.co.jp
よい医療は、よい経営から
総合メディカル株式会社
山口支店／山口県吉敷郡小郡町高砂町1番8号　安田生命小郡ビル6階
TEL(083)974-0341　FAX(083)974-0342
本　社／福岡市中央区天神　東京本社／東京都品川区西五反田
■国土交通大臣免許(1)第6343号 ■厚生労働大臣許可番号40-01-ユ-0064
■東証一部上場(証券コード:4775)

仕事と家庭（育児）の両立を目指している女性医師の方々へ

山口県医師会 保育サポーターバンクをご活用ください。

ホッ！これで安心。

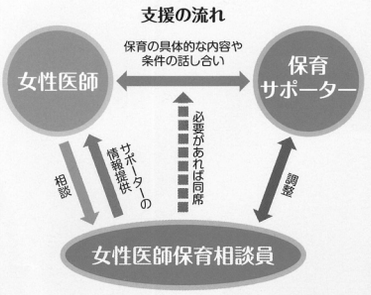
保育サポーターバンクとは…

- 平成21年に山口県医師会に設立しました。
- 目的は、女性医師が仕事と家庭を両立させることです。
- 支援内容は、保育と併せてできる範囲であれば制限はありません。
- 報酬は女性医師とサポーターが話し合って決めます。
- 利用している女性医師から感謝の声が寄せられています。

支援の例

- 子どもと一緒に女性医師宅でママが帰るまで留守番
- 子どもと一緒に女性医師宅で留守番をしながら、家族の夕食の支度
- 上記に加えて、簡単な掃除
- ママの都合が悪い時の保育園の迎えと、引き続いて塾への送り
- ママが間に合わない時の保育園の迎えと、その後サポーター宅での預かり
- ママが当直の日、パパが緊急呼び出しを受けた時のサポーター宅での預かり（待機を含む）

支援の流れ



- 詳しいことのお問い合わせや、サポーターの支援を受けたい時は、下記にご連絡ください。女性医師保育相談員がすぐに対応いたします。医師会加入の有無は問いません。
- その他、バンクの運営とは別に、県医師会の女性医師保育相談員は、保育園入園等や民間のベビーシッター派遣に関する相談も受け付けて、できる限りの仲介・調整をします。お気軽にご相談下さい。

育児で困ったら、まずお電話かメールをください

医師会加入の有無は問いません

（社）山口県医師会　女性医師保育相談員

TEL090-9502-3715 月～木 9:00～17:00

メール・FAXはいつでも受け付けます。

E-mail hoiku@yamaguchi.med.or.jp／FAX083-922-2527

山口県医師会は、育児中の働く女性を応援します！

あなたの「夢」と「未来」を応援します。

YMFG Yamaguchi Financial Group

山口銀行 YAMAGUCHI BANK

今月の視点

県医師会の学校保健への取り組み

理事　茶川治樹

県医師会学校医部会

医師会のさまざまな取り組みの一つに学校保健がある。山口県医師会の学校保健の基本的な方向性は、「県医師会学校医部会（以後県学校医部会）」で議論していただき、その内容を「郡市医師会学校保健担当理事協議会」で協議して、今後の対応などについて決めている。

県学校医部会は平成 18 年度に設立された。設立総会時の藤原淳元県医師会長の挨拶の要旨は以下の通りであった。「県下の学校医の一層の連携と共通理解のもとに、学校保健活動をより強力に推進していくことが不可欠であると考え、県医師会に学校医部会を設立した。この県医師会学校医部会が、学校医活動の充実強化を図るために教育委員会などとの連携あるいは日本医師会を通じて国に意見を反映させるなどの役割を担うことで、今後の山口県における学校保健活動のさらなる推進の一助になればと考える。」

この県学校医部会のメンバーは、部会長は県医師会長であり、専門医会として小児科医が数名、整形外科・皮膚科・精神科・産婦人科・眼科・耳鼻科などから各 1 名の医師、郡市医師会の学校保健担当理事が数名の合計約 20 名から構成されている。年 2 回開催しており、県医師会の学校保健への取り組みについて指導助言をいただいている。この県学校医部会や郡市医師会学校保健担当理事協議会などで協議し、今年度から来年度に向けて取り組む課題について紹介する。

3 期 4 期 MR ワクチンの接種率向上の取り組み

山口県の 3 期 4 期の麻しん風しん予防接種（以下 MR ワクチン）の接種率は、平成 22 年度で中学 1 年生に実施する 3 期は 89.4％、高校 3 年生に実施する 4 期は 83.9％であり、国が示した目標である 95％には及ばない状況が続いている。3 期 4 期 MR ワクチン接種率を向上させるためには、市町の担当課と教育委員会、そして郡市医師会の連携が重要である。この連携を促すためには全県的な啓発が必要と考え、山口県では県健康増進課と県医師会が協議して、平成 23 年度には具体的な取り組みを行った。

その一つとして、新学期の春休みの間に接種に行くように勧奨する取り組み（春休みキャンペーン）を県健康増進課と県医師会が連携して行った。入学式や始業式以後では、クラブ活動や受験の準備などで接種に行く機会を作りにくい可能性があるためである。各市町は、小学 6 年生と高校 2 年生に対して、卒業式や修業式までに保護者に接種案内が届くように対応し、テレビなどのマスコミや広報誌などを活用して啓発を行った。また多くの生徒が春休みに医療機関に接種に来ることが予想されるので、郡市医師会に対して「接種日や接種時間を拡大する」などの協力をお願いした。

その結果、県がまとめたデータでは、各市町とも 22 年度に比較して 23 年度は春休みに接種した生徒が急増していた。平成 24 年度において

も、春休みキャンペーンを実施予定であるのでご協力をお願いしたい。また、県医師会は、県から提供された学校別の 3 期 4 期 MR ワクチンの接種率の一覧表を郡市医師会に送付するので、各学校医の先生方は自身が担当する学校にその情報を伝え、接種率向上を促すようにお願いしたい。

学校医活動記録手帳の作成

学校における子どもたちの心身の健康に関する課題が多様化する中で、学校医の活動に対して以前にも増して大きな期待が寄せられている。このような中、県学校医部会では学校医のさらなる資質の向上に向けて検討を重ねてきた。この学校医の資質向上の取り組みの一つとして、徳山医師会が使用されている「学校医活動記録手帳（以下記録手帳）」を参考に、県全体で使用できる記録手帳を県医師会で作成することになった。

記録手帳の使用開始は 24 年度からを考えている。複数の学校の学校医をされている先生もおられるが、初年度は一人の先生が 1 冊の記録手帳の使用を基本とする。記録手帳には、健康診断・健康相談・学校保健委員会の出席・研修会への参加などの回数を記載していただくことになる。

年度末には学校医活動の記録を点数化したページのコピーを郡市医師会に提出していただく。その記録を個人が特定されないかたちで郡市医師会から県医師会へ送っていただき、県医師会では県内の学校医の先生方がどのような活動を積極的にやっておられるかをまとめたいと考えている。

県医師会からは各郡市医師会に学校医の人数分をお渡しするが、この記録手帳はあくまでもご自身の学校医としての活動を振り返っていただくためのものであり、以前から話題になっている認定学校医制度とは連動するものではないので、その活用方法は各学校医にお任せしたいと考えている。

「アレルギー疾患用の学校生活管理指導表」の活用の推進

平成 20 年に日本学校保健会により「学校におけるアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」が作成された。その中で「アレルギー疾患用の学校生活管理指導表（以後アレルギー指導表）」が示され、全国的にその活用が進みつつある。

山口県においてどの程度アレルギー指導表が活用されているかを把握するために、県医師会から各郡市医師会に対してアンケートを実施した。その結果、現時点で積極的に活用しているとの回答は 2 医師会で、今後も積極的活用を考えていないが 2 医師会で、そのほかの郡市医師会は今後積極的に活用したいとの回答であった。以上から県内の多くの郡市医師会が、平成 24 年度以降アレルギー指導表を積極的に活用することが望ましいと考えていることが分かった。

同様の質問を市の教育委員会に聞いていただいたところ、ほとんどの教育委員会がアレルギー指導表の積極的活用を希望していた。実際にどのくらいの児童生徒がアレルギー指導表を学校に提出しているかを教育委員会に聞いたところ、5 つの市では人数を把握していたが、多くの市では把握していない現状が分かった。

アレルギー指導表の料金については、1,000 円～ 2,000 円としている郡市医師会が多く、心臓や腎臓の指導表のように無料にしている医師会はなかった。県学校医部会の議論の中で、心臓や腎臓の指導表は学校検診で異常が発見されたことにより作成されるが、アレルギー指導表は保護者の依頼を受けて作成するものであるため有料扱いとし、料金については 1 疾患について 1,000 円を目安とした文書料の設定が望ましいという意見でまとまった。

静岡市で開催された平成 23 年度の全国学校保健・学校医大会において、アレルギー指導表の活用についての多くの報告があった。山口県においても今後の積極的活用について、県小児科医会と県医師会及び郡市医師会が連携して、教育委員会などとの協議が必要であると考える。

学校検診時の「側わん症問診票」の作成

脊柱側わん症は、学校保健安全法の中で義務づけられた学校検診対象疾患であり、学校検診にて脊柱側わん症を医師が見落としたために裁判が起こっている現状がある。県学校医部会の議論の中で、学校検診で脊柱側わん症を見逃さないために、脊柱側わん症についての問診票を作成して、学校検診前に保護者に記入してもらうのが望ましいとの提言があった。

それを受けて県医師会では、岩国市で実際に使用されている脊柱側わん症の問診票を参考に、モデル的な問診票を作成することとなった。問診票の案を提示するのでご参照いただきたい。この問診票を郡市医師会に年度内に情報提供するので、それぞれの郡市医師会で教育委員会と協議して、問診票の活用をお願いしたい。

岩国市ではこの問診票を活用するようになって、保護者がわが子の側わん症を発見して、学校検診を受ける前に専門医を受診したケースや、女子生徒に上半身裸になるように指示しても、その理由を生徒や保護者が理解し、以前のような拒否反応は少なくなったとのことであった。

保護者のみなさまへ

平成　　年　　月　　日

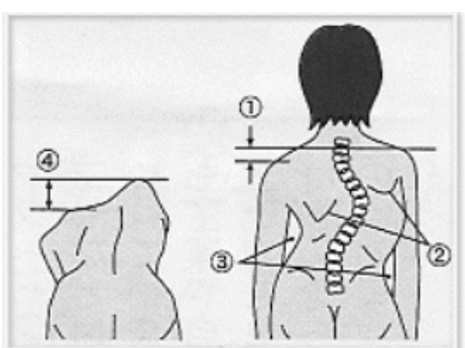
○○市教育委員会
○○市立　△△　小（中）学校
校長

『脊柱側わん症』について ～お子さんの背中は曲がっていませんか？～

「脊柱側わん症」は、背骨が曲がって背中が変形する病気で、10 歳ごろから起こります。変形がひどくなると背中や腰の痛みの原因になったり、肺の働きに影響を来します。

校医による内科検診にてこの検診を行っていますが、ご家庭でもお子さんの背中が曲がっていないか日頃から注意することが大切です。

つきましては、内科検診の日までに次の項目についてチェックをお願いします。



【左の図を参考に、背中を裸にした状態で、
４つのチェックポイントを観察してください】
①両肩の高さの左右差
②両側の肩甲骨の高さの左右差
③ウエストライン（腰のライン）の左右差
④上体を前屈した時の、両肩の高さの左右差

脊柱側わん症問診票

年　　組　　番　　名前

	質問	回答（該当を○で囲んでください）		
①	立った姿勢で後ろから見て、肩の高さに左右差がありますか？	ある	ない	わからない
②	立った姿勢で後ろから見て、肩甲骨の高さに左右差がありますか？	ある	ない	わからない
③	立った姿勢で後ろから見て、ウエストラインに左右差がありますか？	ある	ない	わからない
④	まっすぐ立った姿勢から、ひざを伸ばしたままで、両手をそろえて前かがみになった時に、肩の高さに左右差がありますか？	ある	ない	わからない

歳末放談会　今年の大ニュース

と　き　平成 23 年 11 月 17 日（木）16：00 ～ 17：30
ところ　山口県医師会館　5F 役員会議室

司会　毎年恒例の歳末放談会を、「今年の大ニュース」というテーマで始めたいと思います。今年の大ニュースといえば、まず東日本大震災、そして 48 年ぶりの地元開催となりました山口国体と山口大会を選びました。放談会ですので、思わぬ方向へ話が展開するかもと期待しております。では、最初に会長の木下先生より一言ごあいさつをお願いいたします。

開会挨拶

木下会長　今年も、もう歳末放談会かなという感じがいたします。もうすぐ師走、1 か月ちょっとで新しい年になります。一年があっという間に過ぎていくような感じがいたしますが、時間が早く感じられるのは、年を重ねたせいかなとも思ったりします。と申しますのは、人は歳を取れば取るほど時間を早く感じるそうでございます。

それはさておきまして、今回の放談会は今年の大きなニュースをテーマとし、東日本大震災と、山口県においては山口国体・山口大会についてということになっておりますが、放談会でありますので、大いに放談していただきたいと思います。そして、この放談会の内容が興味深いものになりますことを念じ申し上げまして、あいさつに代えます。どうぞよろしくお願いいたします。

お題①　東日本大震災

司会　今年 3 月 11 日に発生した東日本大震災では、亡くなられた方が 1 万 5,000 人以上、行方不明の方が 3,000 人以上という大きな犠牲が出ました。災害発生直後から広域災害救急医療情報システム (EMIS（イーミス）) が活用され、約 380 チームの DMAT（Disaster Medical Assistance Team）が被災地内外で患者さんの支援、広域医療搬送など活躍しました。また、多くの災害拠点病院が診療機能を維持し、患者さんを受け入れました。

続いて、日本医師会災害医療チーム JMAT（Japan Medical Assosiation Team）をはじめ多数の医療チームが派遣され、被災された方の医療や健康管理などに大きな役割を果たしました、一方で、派遣調整等の体制が十分でなかったなどの課題が認識されました。

『山口県医師会報』でも、今年7月号で「東日本大震災とJMAT」を特集し、先月10月号でも、「東日本大震災　派遣医療チーム出動記録（その2)」として特別企画「東日本大震災とDMAT」を巻頭に載せています。

私が読んだ時も、場面が目の前に浮かび、一緒に車で闇の中を現地に向かっているような気がして、ちょっと息を止めて読んでしまったという状態だったのですが、皆さま、いかがだったでしょうか。実際に行かれた先生もいらっしゃると思うのですが。体験されたお話しとかあれば、よろしくお願いします。たしか会長は、現地に行かれてましたね。

◆　福島県いわき市に行く予定でしたが、いま来てもらえるような状態でないのでということで、急遽、4月14日に福島県医師会にお見舞いの表敬訪問をするとともに、福島市にあるたくさんの被災者の方が避難生活をしておられる県立総合体育館を視察にいって、そこの医療体制についていろいろ見学してまいりました。ほとんど相馬市から来ておられる方が多かったのですが、1,000人近くの方が段ボールだけで仕切った広い体育館で、廊下も使って生活されていました。プライバシーなどの点で大変だったろうなという気がしました。

◆　行かれた方とか、知り合いの方が行かれた方の体験談とかで、やはり文章には出てこないもので、貴重なご意見があれば教えていただければと思います。大きい病院は結構、派遣されていたと思うのですが。

◆　3月11日の14時46分に発災、15時05分には、DMAT出動準備を開始しました。ただ、県庁より派遣指示が来たのは、日付が変わった夜中の0時半でした。その間は待機していました。

今回の震災では、情報というものがなかなか伝わってこないということが一番の問題であったと思います。最初は、陸路東北に入るようにとの指示を受けたのですが、夜中に山陽道を走っている途中で、急遽、伊丹空港に集合ということで、伊丹に到着したのが朝8時でした。それから自衛隊機C-130を使って花巻空港に入ったということでした。洗練された正確な情報とそれに基づく指揮調整機能が一番大切であるということを最初から痛感しました。

いまEMISのことを言われましたが、EMISに山口県内のすべての病院が入っていません。これは、やはり問題だと思います。東北も入っていないところが多数あったようですが。

緊急時には、建物・医療施設の倒壊又は倒壊の恐れがある、受け入れ人数の限界を超えている、ライフラインが使用不可能という3か所に入力すると、その病院がいまどういう状況にあるかということが瞬時にわかるようになっています。実は、海岸部の石巻から宮古にかけての病院は全く情報が入ってこなかったということです。要するに、EMISに入力することすらできない状況にあったということで、これらの病院は救急患者受け入れが困難である、あるいは緊急の救助・支援が必要であるということを、すぐに把握できたといわれています。

◆　他の連絡手段として使えるものというのは…。一つが駄目でも、次の手として、意外に役に立ったものとか。

出席者

広報委員

薦田　信	堀　哲二
吉岡達生	渡邉恵幸
川野豊一	長谷川奈津江
津永長門	岸本千種

県医師会

会長	木下敬介	常任理事	田中義人
副会長	吉本正博	理事	河村康明
副会長	小田悦郎	理事	山縣三紀
専務理事	杉山知行	理事	林　弘人

◆　ちょうどその週末には会議があり、山口市内におりました。私の携帯には随時連絡が入ってきましたが、あとで聞いてみると、何回かかけたうちの一回しか通じなかったということでした。やはり衛星電話を整備しておく必要があると思いました。

◆　皆さんが安否確認に回線を使われたため、携帯電話もつながりにくかったというのは結構聞きましたね。

DMAT のチームは、阪神・淡路大震災の経験を踏まえてできたようです。阪神・淡路大震災と比べて災害の規模が大きいというのもありました。事前に調べたのですが、厚生労働省の「第 2 回災害医療等のあり方に関する検討会」の資料に、東日本大震災と阪神･淡路大震災で、死因は前者が約 92% が溺死、後者は約 83％が建物倒壊による圧死とありました。

◆　DMAT は初期医療体制の遅れ､すなわち阪神･淡路大震災における、Preventable Trauma Death（避けられた外傷死）というものをいかに防げるかということを目標につくられました。

あの時は 6,434 人が亡くなられましたが、そのうちの 1 割弱にあたる 500 人くらいは、平時の救急医療レベルの医療が提供されていれば救命できたと考えられています。この経緯で DMAT が立ち上げられたわけで、ほとんどがクラッシュ症候群を対象につくられたもので、48 時間以内の超急性期を想定しています。

このたびの東日本大震災の場合は、津波で亡くなられた方が非常に多かったので、外傷に対する医療ニーズが少なかったと思います。ただ、地震そのものも想像を絶する規模であり、外傷の方も多数いらっしゃったということで、DMAT が真っ先に 48 時間は出ていく必要があったのだろうと思います。そのあとを繋ぐシームレスな支援という点で、今回は少し問題があったのかもしれません。

◆　なぜ 48 時間かなと思ったのですが、あれは意味があるらしいですね。48 時間を超えると、荷物とかが増えてしまうということなのですね。急性期 48 時間は DMAT 、それを引き継ぐのが日本医師会 JMAT ということになるのですね。

◆　また、平成 21 年に起きた防府の豪雨災害の時、山口県の DMAT が何チームか出動されたのですが、どのように行くか、行ってどうするのか、どこが何をするのかという、通信手段や指令が、しっかりしていなかったようです。現地には行ったが、なかなか具体的な活動に至らなかったという反省点がありました。その反省点を少し確認して、また次に役立てたらと言っていたら、舌の根も乾かないうちに、今度のような災害が起こりました。

やはり指令と通信手段が大事ですね。今回、JMAT の活動については、ある程度、日本医師会からの情報で動いていますので、少し具体的になってはいますが、行く前と行ってみた後では違っていたようです。

やはり、通信と指令は災害のたびに少しずつでも精度を上げていく必要があります。県医師会報に書いていただいたものを役立ててほしいです。今後何かあれば、県に主導していただいて、医師会もそこに入っていくのがいいのではないでしょうか。県医師会報の報告記事が医療チームの活動をどうするかということを、もう一回確認する材料になったらいいんじゃないかと思っています。

◆　行政との関係を密にするとかも必要になってくると思うのですが、なかなか医師だけとか、医師会だけでできない、つながりがものすごく必要になると思いますね。県同士、同じ医師会でも、よその県とのつながりも必要だと思いますし、都道府県もそうですが、市町村との連絡というか、そのへんの工夫というのが必要なのかなと思うのですが。

◆　今年の歳末放談会の話題が東日本大震災をテーマにするということで、まず震災にあった先生に、実際の感想をうかがってみようと思いました。それで岩手県の宮古市と大槌町で内科･小児科を開業している二人の先生と連絡がつき、岩手県へ行こうかどうしようか、時間的･距離的･体力的問題があり、迷っていたところ、たまたま両先

生が東京のある学会へ出席されるという機会がありました。東京のホテルで会食をしながら震災の体験談並びに救護活動について、率直な感想をうかがいました。

震災の経過、医療支援等については反省点を交えながら、熱心に詳細に説明していただきました。震災を実際に経験された先生方の話しの内容は実感がこもり、説得力がありました。話の内容は多方面で長くなりますので、簡単に項目のみ話します。

まず、震災直後より多数の医療支援をしていただいて、大変助かったし、参加していただいた方々に大変感謝しておられました。機会があればくれぐれもよくお礼を言いたいということでした。

問題点、反省点としては、信頼できる客観的情報収集ができない、あるいは発信できなかったこと、指示体制の不備のため、人員、物資の補給体制が整わなかったことも上げられていました。さらには、内科系疾患 (外傷が少なかった) による対応が多く 、せっかく遠方より来ていただいた先生方に実力を発揮する機会が少なかったので、残念がっておられる先生方が多いのではと心配になられたようです。現場中心主義の救護活動を･･･、と、いろいろ問題がありそうです。最後に繰り返しますが、これらの問題点はあくまで両先生の個人的感想です。

◆　後につながるというか、自立を促すようにもっていけるようにしないといけないのが難しいところなのでしょうね。ずっと、そこでの生活はありますもんね。さっき、ちらっと出ていたのですが、2 年前は新型インフルエンザで大騒動した年だったのですが、防府の土砂崩れがあって、DMAT が活躍した年です。その年の歳末放談会のお題でも集中豪雨が取り上げられていましたし、平成 21 年 9 月号でも特別企画「防府豪雨災害と DMAT」が掲載されていました。

そこで、大規模災害時における医師の役割を再確認するという話が出ていました。あと「天災は忘れたころにやってくる、もって他山の石とすべし」ということでまとめておられたのですが、それから 2 年の間に、まさか来るとは思わなかった、というのはあると思います。

◆　あの豪雨の時は防府におりまして、正直な感想を言いますと、午前中にすごい雨が降ったなという感じだけで、テレビの映像を見てはじめて被害の大きさを知りました。しかも、あまり実感はありませんでした。

◆　私もある会議にでていたときに、何かひどいことが起こっているらしいという情報が入り、びっくりしました。あまりわが身でひどく関与した感じがないので、教訓もあまりなかったけれども、やはり、こんなことが起こるんだという認識はできました。

◆　やはり、急に始まるから、できる備えをしておかないといけないというのはあるのでしょうね。いったい何をしたらいいかというのは意外と難しくて、停電や電力不足、計画停電もあったのですが、いまから冬に向かって、東北地方だけでなくて関西とか九州も電力が不足するというような話が新聞に載っておりました。

医院とか病院単位で電力不足とか停電に対する備え、こういうのをやっているよとかあれば、教えていただければと思います。いま電子カルテや透析とか人工呼吸器もあります。具体的な、参考になるお話しがあれば、披露していただければありがたいです。

◆　私のところは 140 人ぐらい患者さんがいますので、やはり救急対応として、停電時のために自家発電をいくらか備えています。それから 3 日分ぐらいの水の確保もしております。ほかに食べ物も患者さんや職員用の 1 週間分は備えております。

◆　途中で電源が切れたとき、電子カルテを導入された医療機関は何か対策があるのでしょうか。

◆　電子カルテなどのシステムは、停電になったら無停電電源装置が働いているうちにきちんとシャットダウンしなければなりません。それで電源が回復するまで使わないので、その時点で病院の機能は半分以上なくなってしまいます。病院の機能を維持するためには、自家発電などの非常用

の電源が前提になります。福島第一原発と一緒で、外部の電源が喪失することを想定して、電源を確保することが求められます。特に基幹病院は、まさにそうだと思います。

◆　被災地でも、皆さん初診で、複写式の紙のカルテがよかったと報告記事で読みました。あと、ドクター以外のスタッフ、特に事務スタッフですね。その活躍というか役割が大きかったと思います。ドクターと違う視点で、生活の基盤に必要なものごとを調達したり調整に当たられたようです。女性の事務スタッフで、着替えが少なくて済む具体的な工夫とかを書いておられました。それと、魚肉ソーセージがいいとか、わかりやすいアドバイスがあって、これは、行った人じゃないとわからないことだと思いましたね。このような話が、むしろ印象に残っています。

◆　ところで、EMIS はどこが統括しているのでしょうか。警察関係か消防署関係なのでしょうか。それとも厚生労働省になるのでしょうか。

◆　厚生労働省医政局災害対策室に DMAT 事務局があり、国立病院機構災害医療センターの救命救急センター部長が事務局長を務められています。先日この方とお話しをしましたが、少なくとも EMIS には、日本中の全病院に入っていただきたいとおっしゃっていました。県単位でみても、全く入っていない県があるというのが現状とのことです。先にも申し上げましたが、3 か所入力するだけで、病院の機能がすべてインターネット上で見られる、すなわち日本中どこからでも見られるわけで、今回の教訓から、少なくとも EMIS には入ってくださいと力説されていました。

◆　いまのお話しで、基本的な質問で申し訳ないのですが、そうすると、厚生労働省に DMAT の本部みたいなものがあって、そこから県のほうに依頼が来るんですか。

◆　情報・指揮系統としましては、今回 14 時 50 分に災害医療センター内に DMAT 本部が設置され、15 時 10 分には全 DMAT に EMIS による待機要請が出されたとのことです。実際にわれわれのところは、県を通じて出動要請がまいりましたが、DMAT 本部から被災地外都道府県 DMAT 域外拠点本部を通じて連絡が入ったようです。

◆　会報を読んだところによると、豊田先生が準備して出動要請を待っておられたのですが、1 週間も要請が来なくて、そのまま解散したと書かれていましたね。そのへんがもったいないような気がします。もし出動要請が要らないのであれば、早くから何かしてあげれば、1 週間無駄にせずに自分のお仕事に専念できたと思います。

◆　この広域災害救急医療情報システムというのは、厚生労働省が構築資金を出して、日本全国で動いています。山口県は山口県で災害医療情報システムと、救急医療情報システムの両方を構築しています。それが広域災害情報バックアップセンターにつながっていて、被災地の災害状況、医療提供状況を全国の都道府県で見ることができるようになっています。

　ただ、システムはあっても、いわゆる予行演習をあまりやってこなかったんじゃないかと思うんですね。だから、実際に事故が起きたときに、スムーズに活用できなかったということだろうと思います。やはりこういうものは、あるだけではなくて、常に利用するというか予行演習をしておか

ないと、いざというときに使えないということだろうと思います。また来年か再来年ぐらいに、新しいシステムに変更になる予定になっているだろうと思います。

◆　私も、EMIS（イーミス）の読み方自体がわかっていなかった状態で、このたび初めて勉強しました。日ごろのことに紛れて、知らないで済んでしまっていました。予行演習というか、県の勉強会みたいなものであるといいかなと思いました。

ちょっと話題を変えて、薬について触れてみたいと思います。このたびの震災で、チラーヂン(薬)の工場が一時ストップいたしました。再開しましたが、ちょっと足りなくなりそうだったみたいなことがありました。現場で困られたことなどがありましたか。長期処方で出している薬が、そういうやり方では出せなくなったとか、在庫が尽きそうだったというご苦労話とかありましたら、お願いいたします。それとお薬手帳が被災地で役立ったようです。この点も含めて、薬についてご意見をうかがおうと思います。

◆　向こうの先生が言われるには、とにかくお薬手帳を日ごろから患者さんに持たせておいて、緊急時はそれを提出してもらいたいということです。実際は薬の名前までおぼえている人は少なく、「白いの」とか「粉」という表現をされます。だから、日ごろから患者さんには、何かあったら、お薬手帳を持参し、何を飲んでいるかだけは把握するように、医師は日常から指示すべきと思います。

◆　最近は、だいぶ持っていらっしゃる方が増えたように思うのですが、地域によっても差があるみたいですね。院外処方の先生のところは、やはり持っておられることが多いんじゃないでしょうか。

◆　チラーヂンは不足するかもしれないという情報が入りましたが、現実には結局、足らなくなって困ったというのはありませんでした。缶入りの高カロリー食が、特に缶は東北地方でつくっているから、入手が難しかったですね。

◆　チラーヂンは、緊急輸入という話も出ていたように思います。それと、普段長くもらえているのに、「なんで2週間分しか(薬をくれないのか)」みたいな疑問もでており、その説明とかが大変だったのではと思います。実際のところは、皆さんも事態を考えて協力的に納得してくださったからよかったと思いますが、今後も、特に普段ある程度長くもらっている薬を短くしか出せないということに関しては、いろいろ難しいことがあると思います。

工場が1か所でしかつくっていないようなものは、そこが被災するとたちまち不足するということで、「もし1日でも切れたら、私はどうなるんですか」と、非常に不安を強く訴える方がおられました。

薬というのは、いつでも処方せんさえ書いて薬局に出せば手に入ると思っていましたので、私にはちょっとびっくり、こういうこともあるんだなという経験でした。

◆　チラージンだけではなく、産婦人科関係でもホルモン製剤が同じ会社の東北の工場で製造していて、供給が滞りました。他のメーカーにあたってみましたが、最近ではメーカーが違っても、同じ工場で製造しOEMという形で販売していることが多いことに初めて気付きました。販売量の少ない製剤は、販売している製薬会社・工場が集約化され、災害時にはバックアップ体制に問題があるなと感じました。

◆　日ごろ自分が飲んでいる薬は安定供給されているものと思っていても、今回のように安定供給されないことがあるというのは、考えたら不安になる一つの話ですよね。産婦人科のほうは、特にそれで問題になることは、あまり回ってくるほどのは聞かなかったような気がするんですが。

◆　まあ、何とか間に合いましたけど、結構、でもぎりぎりというところです。

◆　結構、ひやひやされませんでしたか。

◆　そういう感じでしたね。何とか工場がすぐ再

開したので、大丈夫でした。

◆　やはり無駄を省いて生産を効率化するとどうしても、もうからないところはやめようみたいになって、1か所だけがほそぼそとやっているようなことになりがちなのかなと思います。

◆　私の経験になりますが、人工呼吸器をつけておられる患者さんが3日停電して困ったことがありました。個人で自家発電機を用意しておられましたが、ガソリンを買いに行けない状況となりました。病院入院も考えたのですが、電話が使えず連絡が取れないし、困りました。通信手段がないとどうしようもありません。

◆　何年前ぐらいの話ですか。

◆　もう何十年も前の長崎大水害です。夜7時ころ大学でカンファランス中に大学病院下の飲食街に食事に行っていた医局員が町は大雨で水浸しだと帰って来て、そこでテレビをつけて初めて大雨になっていることを知りました。情報がテレビ以外には入らず、電話連絡もできない事態となっていました。結局自宅には帰れず､大学に皆､泊ったのです。浦上川は水没していました。情報が入らないと動けません。

◆　それは眼鏡橋が流れたときでしたっけ。

◆　そうです。

◆　今回の東日本大震災でも、人工呼吸器を装着した患者さんがSCU[注]にかなり運ばれてきたということです。その患者さんに関しては、やはり広域搬送や域内の被災していない病院に送ったということですので、やはり人工呼吸器を装着している在宅の患者さんは、普段から緊急時にどのように搬送するかということをシミュレートしておくことが重要だと思います（注：ステージングケアユニット。患者の症状安定化を図り、搬送のためのトリアージを実施するための臨時の医療施設として、必要に応じて被災地内外の広域医療搬送拠点に設置されるもの。）。

◆　ところでドクターヘリは、どんな活躍をしたのでしょうか。

◆　ドクターヘリは、全国から16機が集まり、被災した病院からSCUなどに140名以上の患者さんを搬送しています。山口大学附属病院のドクターヘリも福島県立医科大学を中心に活躍したとのことです。完全に孤立した石巻市立病院の救出作戦でも多くのドクターヘリが出動し、患者120名と職員250名が救出されたということです。

◆　いい話ですね。買ったけど使っていないでは、何か残念ですが、こういうふうに役に立った具体的な話があると。

◆　ああいうものは、買ったけど飾ってある･･･。

◆　そりゃそうですね。でも、やっぱり機械ものだから、ある程度使っておかないと、「もう、こんなもの要らん」となって、今度、いざというときになって､「ああ､しまった」みたいなことになってしまいます。

　放射能のところに入っていくロボットもある程度開発していたのだけれども、あまり使わないから要らないみたいな感じで撤収したみたいです。今になれば、あれをもっとよく研究開発しておけば、「フクシマ50」の方々の支えや助けになったのじゃないかなと思います。

　放射能というと食べ物への影響が話題になりますが、みんな、特に若いお母さんとか、神経質になったりされているように思います。地震直後よりも、むしろ後になってだんだん重さが増してきた被害の一つかなと思います。

◆　女性向きの雑誌を読むと、東日本で、仕事のある父親を残して母親が子どもを連れて沖縄や西日本に移住したご家族の記事があります。水はペットボトル、食材はお取り寄せで、地元のものを使わないようにしている家庭、保育園や小学校に対し、県内の食材を使わないでくれと申し入れする家庭もあれば、さまざまな事情でそういうことができない家庭、そこまで敏感でない家庭もあ

るでしょう。この家庭間の温度差によって人間関係がぎくしゃくすると聞いたことがあります。やはり原発の影響を考えると一番の問題は、子どもへの対応でしょうね。子どもたちに対しての甲状腺検査が福島県全体で、ようやく始まったようですし。

◆　産婦人科では、不妊症専門クリニックの先生に聞くと、東北と関東では、放射能の影響が心配なので、ここ１～２年は子どもをつくりませんと言われる患者さんが多いそうです。たぶん出生率が、被災地周辺では下がるのではないかと言われています。

それと、母乳から放射性物質が検出されたと少し報道されたのですが、やはり、食事などから胎児や赤ちゃん、子どもたちへの放射能の影響が心配されます。きちんとしたインフォメーションを与えないと、人間関係にひびが入ったりすることがあるので、気を付けた方がいいかなと思います。

◆　こちらの山口県でも、産婦人科の先生に、そのへんをお母さんたちが聞かれたりするのでしょうか。

◆　そういうのは多くはありませんけれども、被災地に里帰り出産を予定されていた妊婦さんの中には、親を呼んで、こちらで産みますという方がおられました。私も、放射能の影響が心配ですので、里帰りしても大丈夫ですよとは言えないですね。

◆　３月～４月ごろは結構、ご主人だけ向こうに置いて、お母さんと子どもさん、山口県に実家があるという人は戻ってきて、薬が切れたから出してくださいと来られた方がいました。実家とかがある人は、避難しやすかった、動きやすかった感じがしますね。ただ、学校が始まったら、またやっぱり戻って行かれました。

◆　最初に福島原発がドカンといったときに、80キロ圏外に避難しなさいとフランス政府から指示がありました。フランスには法律か規則かがあって80キロ圏外となっています。でも、いま思うと、あの80キロは正しいんじゃないかなと思います。むしろ日本の10キロ、20キロ、30キロは、うそっぱちだったんじゃないかなあという気がします。私は放射線科の専門ではありませんが。

子どもがいたら、おそらく私は疎開すると思うんです。いま、みんなが計測器を持って測りまくるから、東京のスーパーの駐車場でも何か出てきましたよね。戦時中に、放射性物質は地方の旧制中学などに疎開させたりしているらしいです。どこからか何か妙なものが出てくる可能性もあるんじゃないかと思っています。

私はわからずに怖さで言っていますが、本当に子どもは疎開したほうがいいのかどうなのか。

◆　小さな子どもさんがいるところの心配はわかります。しかし私は福島県のものをどんどん買って、貢献しようと思っています。

◆　そういう形で応援しないといけないですよね。私たちも、正確な情報があると安心して取り入れやすかったりします。

◆　子どもさんは、確かに心配しだすと大変ですね。当初の、放射性ヨードの件、あれはもう、ぱっと通常ヨードを渡して飲ませてもよかった感じなんだと思いますね。

ただ、今後の放射能をどう処理するかというのは、ものすごく難しいことです。私は原発を縮小、できれば廃止論者です。かつて中国が核実験をやったりしていた頃は偏西風で、先生やわれわれが子どものときは、今より遥かに高い放射能レベルでした。それなのにわれわれは、現に60歳とか80歳とか、皆、元気にしているんだから、基本的には今のレベルはそれほど怖くないんだけれども、子どもの心配は確かに残りますね。

福島の薪を大文字で焼いたら放射能がまかれるとか大変おかしなことになっています。いま、シルバー決死隊という60歳以上ぐらいになった者はほとんど影響ないから行ってやろうというグループがあるようです。私は東京にいたら、休みの日は、そういう原発処理のボランティアに行こうかなというぐらいのことは思っています。

◆　たしかに、その発想は私も好きですね。私たちの年代は、かつて農薬が入ったお米はいっぱい食べているし、色素が入ったものも食べているし、場合によってはカドミウムが入った汚染米も食べていたのでしょう。

◆　放射能の危険にさらされながら働く人たちの安全や健康をいかに守るか、あと、PTSD とかの問題も出てきて、医療及び医師会がかかわるべきことは、ますます増えていくという予感がいたします。

興味深い話がどんどん出てきたのですが、次の話題に移りたいと思います。

お題②　おいでませ！山口国体・山口大会

司会　第 66 回国民体育大会「おいでませ！山口国体」が 10 月 1 日から 11 日の間、開かれました。国体の原点は 1946 年、戦後の混乱期の中で、国民に希望と復興への奮起を促すために開かれたということです。その原点に立ち返り、被災地、そして全国に向けて勇気と希望を贈る大会として開催されました。

ちょうどその前に、女子サッカーの「なでしこジャパン」が、明るい空気を日本に運んできてくれて、スポーツの力を示したのに続いて、「たちあがれ！東北　がんばろう！日本」を合い言葉に、全国 47 都道府県の選手団、3 万人近くが参加しました。今回は、山口県選手団の「チームやまぐち」は見事、総合優勝して天皇杯を獲得しました。

その後、引き続いて、10 月 22 日から 24 日、第 11 回全国障害者スポーツ大会「おいでませ！山口大会」が開催され、全国から 5,000 人以上の選手や役員の方が参加されました。こちらも、山口県チームは金メダル 88 個を含む 172 個のメダルを獲得して、過去最高の素晴らしい成績を残しました。

大会運営にあたって多くのボランティアの方が参加されたのも、よかったなという山口国体と山口大会でした。

医師会は寄附金と、医療救護やドーピングコントロールにも協力しました。幸い大きな事故や事件もなく、無事に終わりました。出務された体験談とか、こんな話があったよということがあれば、ご披露いただければと思います。

◆　私は、山口国体では高校野球に出務しました。これは甲子園の優勝校、日大三高がまた優勝したんですが、そういう上のレベルの、ベスト 16 ぐらいが出てきたのですが、別に何事もなく終わりました。元気はつらつの子どもたちですので、何の問題もありませんでした。

それと山口大会では医療として何かあったというのではないのですが、私はグランドソフトボールに行きました。出場選手は視覚障害者ですので、ドッジボールみたいなボールを転がして、バットはソフトボールみたいなバットで打つんです。それがルール上、9 人いるわけですが、4 人の方は全盲者でないといけないということになっていて、ピッチャーも全盲でないといけない。これは決まっているんです。

ピッチャーが全盲なのでどうするんだろうと見ていたのですが、実はショートに弱視の人がいるわけですが、ピッチャーが投げて、キャッチャーから返ってくるボールは、そのショートの人がぱっと受けて、ピッチャーに渡して、さらにバッターのほうを向かせるのです。それからは自分でやらなきゃいけないんです。でも、どこに投げていいやらわかりませんよね。どうするかというとキャッチャーは色弱の人なんですが、パンパンパンと手をたたくんです。内角を投げろとか、外角を投げろとか、速い球とか、弱い球とかいろいろサインがあるみたいで、これだけで知らせているわけですよね。

走るときには、色弱の人はいいんですが、全盲の人が打って走る場合はどこを向いていいかわかりません。1 塁、2 塁、3 塁には、味方のチームの補助の人がいて、パンパンパンと手をたたくのです。そこに向けて走っていくんです。

だから、見ている側は、あまり手をたたいたりとか、大きな声を出したりしてはいけないのです。試合中の合図がわからなくなったら困りますからね。

◆　そうなると、テニスのシャラポワは来られないですね。

◆　そりゃいけん。もう絶対いけませんよ。選手が変なところに走っていったらけがをしますからね。そういうルールなのですが、結構、ホームランも出たりするんですよ。

◆　何かすごく楽しい話です。

◆　救護のほうは、全然何もありませんでした。やっぱり日ごろの練習のたまものなんでしょうね。

◆　それともう一つ、外野にもだいたい１人くらい全盲の人がいるんですよ。全盲の人が捕獲したとき、転がってもいいのです。誰かが捕獲するのをミスって、その次に捕獲したときは駄目ですが、自分で捕獲したら、ゴロでもフライでもアウトなんです。ショートオーバーで、ヒットだと思っても、その全盲の人がぱっと捕獲したらアウト。だから、ランナーがいた場合、それをセーフと思って進塁したりすると、かえるのが間に合わず、ダブルプレーになったりするわけですよ。

◆　選手は、やっぱり若い方が多いのですか。

◆　多いです。

◆　明るい話をありがとうございました。情景が浮かびます。ほんとスポーツの力ですね。他に、こんな競技が珍しかったとか、ありますか。

◆　食中毒の話題がありました。幸い、その選手の方たちは、競技が終わった後だったという話でした。

◆　食中毒の話ではないですが、開会式に行かせていただいたのですが、開会式の始まる前に、医療救護班を全部回らせていただきました。それぞれの救護室は、廊下の奥だとか、場所がわかりにくいところにあって少し探す必要がありましたが、救護室とは別に、巡回されている移動救護班というのがたくさんあって、先ほどの福島ではないけれども、これは情報がすごく早くて、連絡が入るとすぐに移動救護班の先生や看護師さんから、その連絡が行くので、逆にわかりにくい場所にあっても、その救護班を見つければいいように動いていたように思います。この移動救護班が大変目立って、誰の目にもわかりやすかったです。

なぜわかりやすいかというと、ベストが真っ赤なんですよ。真っ赤のベストで、すごくよく、それこそDMATとかで着ていらっしゃるベストが赤で、城甲先生にお聞きしたら、昨年のチームだとちょっとわかりにくかったらしいのですが、今回の救護班はどこから見ても救護ってわかるんですね。

各場所の救護室を見た後で、開会式を見させていただいたのですが、開会式の会場は、両陛下がいらっしゃるので、SPがあちこちにいるんですね。テレビで出てくるような女性の方もいるし、人数もすごいなあと思って。

それで、開会式が始まると、その赤いベストを着た救護のドクターがAEDを持って、会場をずっと歩かれているんですね。観客の皆さんは、楽しいアトラクションときれいな演技を見ているさなか、救護の先生は演技のほうは全く見られずに、

観客席をずっと、どこかで心臓が止まりそうな人はいないか、気分が悪そうな人はいないか、本当にSPのごとく移動されていて感心しました。

ちょうど、向こう正面というか、向こうスタンドにいらっしゃる方も赤いベストがとても目立つんですよね。それだけの方がうろうろAEDを持って歩かれていると、一般の方々は安心だったと思います。

◆　今年はAEDも一気に普及しました。サッカーの選手の話もあったのかもしれませんけれども。でも、AEDを使うことなく済んでよかったなと思いますね。

◆　岩国市では、テニスの高校の部と、フェンシングがあり、私はテニスを2回、フェンシングは1回見に行きました。フェンシングをなぜ見にいったかというと、本当の会場で、目の前で見たことがなかったので。

テニスは、例えばお茶は無料で観客に出されていました。やはり熱中症が怖かったんじゃないかと思います。

私は自転車で行ったんだけれども、結構、錦帯橋から無料シャトルバスが出ていました。岩国駅から錦帯橋までは自分でバス代を払わねばなりませんが、錦帯橋からは無料シャトルバスが出ていて、玖珂とか他の遠いところ、たとえばカヌーの競技にも行けました。うちの従業員さんは、子どもを連れてハイキングがてら行かれました。

フェンシングをその場で見ることはめったになかったので、私は見て面白かったです。しかも結果的に天皇杯も皇后杯も1位だったというのは、すごかったなあと思って。

あと一つ、これは医師会とは関係ないんだけれども、会場に行ってパンフレットをもらうんですよ。詳しいパンフレットを手にするまでは、何時から何があるか全然わからないわけです。本当は駅とかに置いていればいいし、私たちは、それなりに市で協力しているんだから、配っていればいいのに、大雑把に「9時から」ぐらいしか新聞に書いていないのです。しかも岩国の商店街の説明まである詳しいパンフレットが現場に行かないとないんです。

◆　徳山駅の新幹線口には、すごくいろんなパンフレットがあったように思います。

◆　山口駅にもありましたけどね。

◆　山口宇部空港もありました。

◆　私は地元に住んでいるから岩国駅は普通は使いません。そうすると、会場に行って、そこでもらうしかありません。

◆　新岩国駅にあったんじゃないですか。

◆　あったかもしれない、あそこなら。

◆　いまパンフレットのことが出ましたが、今年8月に山口市で県内科医会総会を開催しました。そのときに、会員の先生方には、前もってプログラムと、その土地の観光案内のパンフレットを入れて送るわけなんです。今回は、県庁に行って国体のパンフレットをもらいまして、それを一緒に入れて各先生方に送り、待合室にでも置いていただければという思いで同封しました。それが少しは役に立ったかなあと思います。

それと、両陛下が帰られる最後の日に、私の家の近くの福祉会館で昼食をとられるために西京スタジアムから来られました。カメラを持って行ってみたら、もう人がいっぱいで最前列は取れなくて、ちょっと残念だったのですが、両陛下はお二人ともお元気でした。会館に入られるときと、帰られるときの2回見にいきました。年輩の方は、涙を流しておられました。オーラといいますか、そういうものを感じました。

両陛下は東京に帰られて、間もなくして鳥取で行事がありましたね。そのへんのご無理がたたったのか、いまの遷延性気管支炎とか、ちょっと聞き慣れないような言葉が新聞をにぎわしていますけれども、山口国体も結構ご無理をされたのかなという気がします。

◆　心配です。早くご回復していただけることを祈っております。ところで、私、「うっかりドーピング」という言葉を初めて知りました。すごい

ですよね。実際にはなかったのですね。熱中症の季節でもありましたし、どうなのかなと思ったのですが。わざとじゃなくても、たまたまいいと思ってやってあげたことが、後で本人にとって困ったことになってしまうみたいなのは。難しいですね。オリンピックではないから、なかったかもしれないですが、知っておかないとほんと、ついうっかり、という感じがありました。

さっきのAEDの話にしても、準備がよかったから、スムーズに平穏に行ったのかなと思います。

このたびの山口国体は、簡素効率化ということで、予算も圧縮して、可能な限り既存の施設や設備を活用したと新聞には書いてありました。それと、山口県医師会としても、ちょるる募金が、予定より早く目標を達成したので、8月で、もういいですという形になったのですが。

よその県は昨年も一昨年も達成できていなかったみたいですね。山口県は県民挙げて、みんなでよく頑張ったと言えると思うのです。なかなか、そんなに簡単には、いろいろな目標を達成できないですよね。やっぱり震災復興というのもあって、皆の気持ちが一つになったとか、そういうのが強かったのかなとも思います。

◆　前回の山口国体は、山口県は、確か天皇杯2位だったんですよ。それまでの大会は全部、開催県が天皇杯を取っているんですね。山口県が初めて取れなかった。その山口国体が終わったときに、かなりいろいろ意見が出ていたんですね。今回、見ていると、比較的簡単に取れたようなところがありますね。

◆　先生、前のをご存じなのですか。前回の記憶があるのですか。

◆　前回は、私、マスゲームに駆り出されたんです。

◆　まだティーンエージャーのころですか。

◆　そうです。開会式のマスゲームに駆り出されまして、暑い中、あの会場で、何回もさせられました。

◆　成績がよかったのは、やはり長期的な選手の育成をしてきた成果だと思います。私の知り合いも何人か国体に選手として出場しているのですが、なぎなたでは、4～5年計画で、中学生の段階から今回の国体に出すんだということで、きちんと育てていました。卓球とか柔道とか、全日本で優勝した有名選手が山口県代表として出場していましたが、結局、実力が発揮できていませんでした。地元の、きちんと育成した選手が頑張ったおかげで、今回優勝できたと思います。私、前回開催した年（昭和38年）に生まれ、開催県で優勝できなかったのは山口県と高知県だけだ、とずっと言われて続けていましたので、今回は絶対優勝してほしいなあと願っていて、優勝できて本当によかったと思います。

◆　なかなか一生のうちに2回ってね。

◆　素朴な疑問は、なぜ毎回、開催県が優勝するのかな。絶対、からくりがあるんでしょうね。

◆　出場枠が無条件で出られるし、がんばったことがあげられるでしょう。

◆　なるほど。ところで去年の国体で山口県は何位だったんでしょうか。

◆　十何位だったかな。

◆　去年の国体は、どこであったんでしょうか。

◆　千葉県です。

◆　来年は、どこであるんでしょうか。

◆　岐阜県。

◆　皆さんよくご存じで、感服いたしました。

◆　岐阜県が来年だから頑張って、愛知も結構、点数を取って、再来年の東京が、点数を引きずり下ろされたと。あれがもし、ちょっと高い得点を取っていたら、ハードルが高くなっていたんだけ

れども、よそが頑張って東京の得点を引きずりおろしたので、というのが新聞の解説でした。

◆　48 年間の悲願達成ですね。

◆　やはりフリーエントリー制というか、開催県の選手は予選に関係なく出られるという枠は非常に大きいと思います。それに加えて知事さんがリーダーシップを発揮されました。絶対に 1 位を取らなければ駄目、2 位では駄目だと言われた、あの執念というかアジテーションはすごいと思いました。

ただ、唯一 2002 年開催の高知県は天皇杯も皇后杯もとれませんでした。当時の橋本大二郎知事は、高知県出身ではなかったということもあったのでしょうが、勝利至上主義はよくないということで、もう取らなくていいとおっしゃった。結果的にも本当に取れなかったということで、やはり知事のリーダーシップはすごいとあらためて感じました。

◆　宇部市は国体に備えてテニスコートが非常に立派になりました。子どもの試合を見にいった時のことです。その日は試合があるのが信じられないほどの豪雨でしたが、コートが乾いているように見えるのです。駐車場でも前が見えにくいぐらいの激しい雨が降っている時に路面に水たまりが一つもなく、不思議な感じでした。雨水はいったいどこに消えたのかと思うようなテニスコートでした。

阿知須のプールも設備が整っているようですし、今後の維持が大変でしょうね。全県を挙げて頑張りましたが、そもそも東京などの都会と比べ山口県は若者の数も競技人口も違います。開催県は 1 位にならないといけないという不問律を、この際山口県で破っても、後の開催県のためによかったのではないかと思います。

◆　48 年前も、そういう議論がありました。「よかったんじゃないか」という意見と、「絶対勝たんにゃいけんやった」という。

◆　結構、当事者になると必死になりますよね。でも一応、大会運営費は抑制する、表向きは簡素化とか既存施設を活用ということになっていました。

◆　だから、テニスは、改修して排水をよくしたけれども、もともとあった施設を、ただ改修しただけですよね。

◆　新しくつくるよりは、はるかにコストダウンになるのでしょうね。

◆　ボクシングの試合前の健康診断のために上関に行くことになりましたが、原発の影響で、いい道路ができていました。それとボクシングの選手ともなると、みなさんいい体でしたね。

私は、山口県にどうしても得点を入れてほしいので、相手の選手が来たら失格にしようと思ったのですが、準決勝の日に行ったのですが、もう山口県の選手は一人もおりませんでした。リングを見ましたが、リングは結構高い位置にあります。あれは広島から借りているようです。なぜ広島かというと、アジア大会の残りがそのままあるということです。

もう一つ、食事について、彼らは８時に検量します。びっくりしたのですが、真っ裸で歩いていました。その部屋には、女の人は全然おりませんでしたけれども。朝、検量して、もう 10 時には試合なんですよ。ですから２時間の間にスープとかしか食べられないですね。

プロの試合は前日検量なんですね。だから、1日あるから、脱水とかそういうものは回復するんですが、アマチュアはかなり厳しいですね。大阪とか大分とか、自衛隊のあるところとか、ある程度、県が決まっていましたね。

◆　いま道路の話が出ましたけれども、山口宇部道路ができましたよね。信号が一つもありませんから、すごく便利、国体さまさまです。

◆　うちの近所ですが、最終的に交差点の工事が完成したのも開会式の数日前でしたし、東新川駅というテニスコートに近い宇部線の駅も、テニスコートに行きやすいような入り口が、数日前に完成しました。国体の恩恵を蒙っています。

◆　山口市ばかり恩恵を受けているのかと思ったら、違うのですね。ちゃんと分配されているのですね。

楽しい話をいろいろありがとうございました。青春の思い出話まで飛び出してきました。話は尽きませんが、そろそろ時間になりましたので、これで終了させていただきたいと思います。最後に、閉会のごあいさつを一言お願いします。

閉会挨拶

吉本副会長　日本人は、国体あるいはオリンピックのように、何年か先のことを、きちんと計画を立ててやっていくということは非常に得意なんですよね。今回のような地震、津波といった大災害についても来るであろうと思って準備をしていたと思うのですが、いつ来るとはっきり決まっていないことに対しては、それが本当に現実のものになっていなかった、そのために対応が非常にまずかったということではないかと思います。それが日本人の特性かなと思います。

今回、たまたま日本医師会のほうで JMAT の構想が話し合われていたときに、このような大地震がやってきたということで、JMAT が今回初めて活躍しました。それで非常に高い評価を受けているということで、医師会関係者としても非常に鼻が高いのですが、これはまだ日本医師会の委員会の中で検討が終わったばかりで、都道府県のほうに準備をお願いしますという話は、まだできていなかったんですね。だから、1 年先に大震災が来ていたら、もう少し良い対応ができていたかなと思います。本日は、どうもありがとうございました。

フォトコンテスト審査会

と　き　平成 23 年 10 月 6 日 (木)16：00 ～ 16：55

ところ　山口県医師会館 6F 第三会議室

[報告 : 常任理事　田中　義人]

対外広報事業として、「いのち　きずな　やさしさ」をテーマとしたフォトコンテストを昨年に引き続き開催した。今回は山口県内だけでなく、遠くは新潟、茨城、東京などから 72 名、164 作品のご応募をいただいた。

審査委員は、写真家の下瀬信雄氏 (萩市) 、木下会長、吉本副会長、そして広報委員の堀　哲二先生、渡邉惠幸先生、長谷川奈津江先生の 6 名。

審査会の日、会議室に全作品が並べられ、昨年のほぼ倍の多さに一瞬戸惑いも感じたが、次第に嬉しさを感じた。この中から、最優秀賞、優秀賞、下瀬信雄賞を各 1 点、佳作 5 点の計 8 点を選ぶわけである。

審査方法は下瀬審査員長の提案で、各審査委員に 8 ポイント (付箋) をもたせ、気に入った作品に貼る方法を採用した。各委員はそれぞれの感性を活かして、真剣な面持ちで付箋を次々に貼り付けていく。

第一次審査として、164 作品のうち約 30 作品が選ばれた。その中からさらに各審査委員に 3 ポイントをもたせて選んでいく。皆、ますます真剣な表情となる。

最終的に 12 ～ 15 作品に付箋が貼られた。この中から、さらに選んでいく。構図、光の使い方だけでなく、被写体の表情や感じられるメッセージなど、下瀬審査員長の意見はよい勉強になる。審査開始から約 40 分後、最優秀賞、優秀賞、下瀬信雄賞、佳作 5 点が決定した。

10 月 30 日開催の県民公開講座で、表彰式と下瀬審査委員長による受賞作品の講評を行うこととなっている。また、応募いただいたすべての作品の展示会も同時に開催する。

県民公開講座　がんと向き合って生きる

と　き
平成 23 年 10 月 30 日（日）

ところ
山口県総合保健会館
2F 多目的ホール、第一研修室

[報告：広報委員　長谷川奈津江]

平成 23 年 10 月 30 日に山口市の県総合保健会館で開催された県民公開講座について報告する。

始まりは、医学部軽音楽部の JAZZ 演奏から。「Hard Days Night」、「Sunny」など誰もが耳にしたことのある曲を中心に、学生さんが真剣に演奏する様子に会場もリラックスした雰囲気になった。

木下敬介会長からの挨拶では、受診時定額負担に反対する署名運動への参加呼びかけもあった。

フォトコンテストも 2 回目を迎え、164 作品の応募があった。審査委員長である写真家下瀬信雄氏のわかりやすい講評とともに、「いのち　きずな　やさしさ」のテーマにそった受賞作品のスライドが映し出されると、観客も連れの方と囁いたり頷いたり楽しんでいるようだ。

特別講演にお迎えした垣添忠生先生は、日本対がん協会会長、元国立がんセンター総長であり「妻を看取る日」等の著書によって一般にも広く知られている。

垣添先生

このご講演のテーマでもある一枚目のスライドを示すと、

がんと向き合って生きる
- がんとはどういう病気か
- がんの予防と検診
- がん診断と治療
- 人が生きること、死ぬこと
- わが国のがん対策

お分かりのように、がんという病気そのものについて広くまっすぐに（変な表現だが）語られたご講演だった。

がんの疫学から始まり、たばこ対策・ピロリ菌の除菌・ワクチン・がん検診・先進医療など非常に多岐にわたる内容であり、そのスライドも今風のイラストやアニメーションは使われていない活字主体のものだった。

にもかかわらず会場の参加者の皆さんは二時間余を集中して聞きいっておられた。

垣添先生のお話からは、先生の医学の進歩への信頼が伝わってくる。

そして、一人でも多くの人ががんに対する知識をもって、そしてがん検診を受けてほしいという熱意が参加者の熱心さを引き出していた。

ご自宅で末期がんの奥さまをお一人で看取った経験も含め、先生はがんの臨床家として、基礎研究者として、がん経験者として、がん患者の家族遺族として、国のがん対策に積極的に取り組んでおられる。

その成果の一つ、がん対策基本法の一節で私が印象的だった箇所をここでご紹介する。

（国民の責務）
第六条　国民は、喫煙、食生活、運動その他の

山口大学医学部軽音楽部 Latin Echoes による演奏

生活習慣が健康に及ぼす影響等がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払うよう努めるとともに、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めなければならない。

国民の責務・・・国民も医療を受けるだけではいけないのだ。

日本人は、一生のうち男性は二人に一人、女性は三人に一人ががんになる。

がんをただ治療すべき疾患ととらえるのではなく、より良質ながん治療がおこなわれるよう患者とともに国に働きかけ、がん経験者ががんになる以前と同じような生活を気負いなく営める社会を目指すのも医療の重要な役割であることを、私は先生のご講演で理解することができた。

会場からの質問も一般的な医学的興味からではなく、その方ご自身ががんといかに向き合ったらよいかを求めている真摯な質問ばかりであった。

公開講座であったが、若い医療従事者や医学生にもぜひ参加していただきたい素晴らしい講演だった。

垣添先生のご健康を心よりお祈りして、この報告を終わりにする。

フォトコンテスト表彰式

下瀬審査員長

応募作品の展示会

山口県医師会
第167回定例代議員会

と　き
平成23年10月27日(木)
15：00～17：06
ところ
山口県医師会　会議室

開会宣言

保田議長、定刻、代議員会の開会を告げ、出席代議員の確認を求める。

事務局、確認の上、議員定数64名、出席議員56名で定款第35条に規定する定足数を充足していることを報告。

議長、会議の成立を告げ、会長の挨拶を求める。

会長挨拶

木下会長　本日は第167回山口県医師会定例代議員会を開催いたしましたところ、代議員の先生方にはお忙しい中をご参席いただき、誠にありがとうございます。山口県医師会の会務運営や業務活動につきましても、平素からご理解とご協力を賜り、心から感謝申し上げます。

さて、3.11東日本大震災から7か月が経過しましたが、復旧・復興は遅れがちで人々の期待どおりに進捗していないようです。特に福島原発事故による放射能漏れは事実が次第に明らかになるにつれて、深刻度が増してきているように思えてなりません。日本人の英智をかけて多くの難題を解決し、一日も早く復興を遂げたいものであります。日本医師会では9月30日までに約19億円の募金を集め、すでに16億円を配賦しています。7月15日までに1,384チームのJMATを被災地へ派遣し、7月16日以降は心のケアを重視したJMAT Ⅱを立ち上げ、すでに160チームを送り込んだところです。山口県医師会でも約9,000万円の募金を集め、5チームのJMATを送り込みました。ご協力いただいた会員及び関係各位に、心から敬意と謝意を表します。

平成20年4月に会長に就任して2期4年目になりますが、その4年目も、残すところ5か月になりました。事業活動のスローガンとして掲げてきた「組織強化」についても、また、「実効」についても進展や結果が得られたかどうかと自問自答してみたとき、思いどおりにはいかないものだと痛感しているところで、忸怩たる思いがいたします。そのような思いの中で、「おいでませ！山口国体・山口大会」については、山口県医師会

としても救護体制、うっかりドーピング防止、募金活動の３つにしぼって、その取り組みに力を傾注してきましたが、まずまずの成果が得られたのではないかと思っています。それにつけても、山口県が念願の総合優勝を果たしたことが、何よりも嬉しい話題でありました。「山口国体・山口大会」に対しては、県医師会は平成16年３月から関与してきており、「やれやれやっと終わった」という思いでいっぱいです。とにかく無事に首尾よい結果で終わってよかったと思っています。この場をお借りして、ご尽力いただいた会員の先生方及び関係各位に厚くお礼を申し上げます。

現在、進行中のもので、最も力を入れて取り組んでいる事業に、新法人移行と医師確保対策の２つがあります。新法人移行については、本日の代議員会でも協議されますが、非営利一般社団法人として予定どおり円滑に移行される見通しとなりました。医師確保対策は非常に大きな問題で、もちろん県医師会だけで対応できるものでもなく、県行政、山口大学医学部、研修指定病院、県医師会の連携により中長期にわたって取り組んでいかなければならないものと認識しています。現在、県医師会としては医師確保対策を勤務医対策・女性医師対策・研修医対策の３つの切り口から捉え、事業活動を展開しているところです。事業予算も急激に増えてきた部門で、少しずつではありますが成果も確実に上がってきていると思っております。

ところで、喫緊の問題が生じました。すでにご承知と思いますが、政府が目論んでいる「受診時定額負担導入」と「TPP参加」に対して、日本医師会をはじめとする医療関係41団体で組織された「国民医療推進協議会」は、これらを阻止することを決定し、日本医師会においては都道府県医師会に対して都道府県民集会を開催し、「決議文」を知事、都道府県議会議長、地元選出国会議員に届けることと署名運動を行うことを要請しました。山口県医師会では、さっそく「県民の健康と医療を考える会」の医療関係16団体の代表者を招集して協議し、決議を採択、本日、県知事に手渡し、これまでのいきさつを説明しお願いしてきたところであります。署名運動は会員１人充て100人の署名を集めることになっておりますので、

出席者

岩国市　保田　浩平
徳　山　岡本冨士昭
徳　山　津田　廣文
徳　山　三好弥寿彦
徳　山　舩津　浩彦
徳　山　山口　桂
防　府　水津　信之
防　府　清水　暢
防　府　木村　正統
下　松　秀浦信太郎
下　松　篠原　照男
岩国市　小林　元壯
岩国市　大島　眞理
岩国市　大谷　武
小野田市　森田　純一
小野田市　藤村　嘉彦
光　市　松村壽太郎
光　市　兼清　照久
柳　井　前濵　修爾
柳　井　弘田　直樹
宇部市　猪熊　哲彦
宇部市　矢野　忠生
宇部市　綿田　敏孝
宇部市　冨田　茂
宇部市　若松　隆史
宇部市　西垣内一哉
宇部市　森谷浩四郎
美祢市　野間　史仁
長門市　天野　秀雄
長門市　半田　哲郎
山口市　斎藤　永
山口市　吉野　文雄
山口市　淵上　泰敬
山口市　佐々木　薫
山口市　野村　耕三
萩　市　八木田真光
萩　市　中嶋　薫
大島郡　嶋元　徹
玖珂郡　吉岡　春紀
玖珂郡　河郷　忍
熊毛郡　向井　康祐
厚狭郡　河村　芳高
吉　南　田邉　完
吉　南　安野　秀敏
美祢郡　吉崎　美樹
下関市　石川　豊
下関市　長岡　榮
下関市　森岡　均
下関市　時澤　郁夫
下関市　坂井　尚二
下関市　藤本　繁樹
下関市　木下　毅
下関市　重本　拓
下関市　永山　和彦
下関市　堀地　義広
下関市　宮﨑　誠

県医師会

会　長　木下　敬介
副会長　吉本　正博
副会長　小田　悦郎
専務理事　杉山　知行
常任理事　濱本　史明
常任理事　西村　公一
常任理事　弘山　直滋
常任理事　田中　義人
常任理事　萬　忠雄
常任理事　田中　豊秋
理　事　田村　博子
理　事　茶川　治樹
理　事　山縣　三紀
理　事　林　弘人
監　事　山本　貞壽
監　事　武内　節夫
監　事　藤野　俊夫
広報委員　渡邉惠幸

ご協力くださいますようお願いいたします。

最後に会長就任以来、力を入れて取り組んだにもかかわらず良い結果が得られなかったことについて述べます。山口県では医師の数は約 3,600 名で、このうち約 2,700 名が県医師会に入会していますが、日本医師会に入会しているのは約 2,100 名と、県医師会には入会しているが日本医師会には入会していない会員が約 600 名もおられ、そのほとんどが勤務医であります。この乖離の大きさは全国でもトップレベルです。組織強化対策の一つとして、この乖離を小さくし、勤務医の先生方に日本医師会に入会してもらうことによって日本医師会の代議員を 1 名増やし、これを勤務医代表にしてもらい、日本医師会の代議員会で勤務医環境改善の要望等について提言してもらうということで、大病院の院長先生に面談のうえお願いしましたが、日本医師会員 2,500 名を超えることができず、代議員を増員することは叶いませんでした。しかし、平成 22 年度から代議員 5 名のうち 1 名を若手勤務医に差し替え、代議員会で勤務医環境改善の提言をしてもらっています。この 10 月 24 日の秋の臨時代議員会でも提言してもらったところです。今年度も 12 月 1 日現在の日本医師会員 2,500 名超を目指して頑張っているところですが、達成の目処はたっておりません。郡市医師会にも入っていない若い医師も多数おられて、医師会入会の底上げが必要なのかもしれないと考え、若手医師が医師会に入会しやすい方策を検討しているところです。

本日は代議員から貴重な質問をいただいております。また、県医師会から代議員の先生方にお諮りしたい協議題が 6 件上程されています。慎重審議のうえ、ご承認下さいますようお願い申し上げまして、ご挨拶といたします。

会議録署名議員の指名

議長より会議録署名議員に次の 2 名を指名。

三好弥寿彦　(徳　山)

八木田真光　(萩　市)

議案審議

議長、報告・承認事項を一括上程。

報告第 1 号　日本医師会代議員会の報告について

杉山専務理事　10 月 23 日に開催された第 125 回日医臨時代議員会について報告する。最初の挨拶で原中日医会長は震災の支援について、現在は JMAT Ⅱへ移行して活動中とのことと、ご寄附いただいた 18.8 億円の義援金は、95％位を配賦済みとお礼を述べられた。診療報酬については、9 月 27 日に日医の意向を聞きに訪れた財務省主計局幹部に次の 3 点を申し入れた。一つはマイナス改定はしないこと、二つ目は前回のようにあらかじめ外来と入院の按分率を決めるといったことはせず、中医協マターとすること、三つ目は入院、外来のアンバランスを改定してほしいこと。同時改定については、中川副会長が「全面改定見送りの主張の趣旨は、引き下げ圧力を跳ね返す目的もあった。診療所・中小病院が割をくったので、今回は是正する番である。不都合な部分は改定を求める」と述べられた。

さらに、受診時定額負担と TPP の現状説明があり、反対運動と署名活動の要請があった。

横倉副会長の会務報告では、日医と日本看護協会がはじめて会合をもったこと、医療と消費税セミナーを一般公開で行い、有意義であったとのこと。また研修医に日医サービスの一部を無償で提供する臨床支援ネットワークが開設され、9 月末現在で 254 人が登録されたという報告が行われた。ついで決算承認になるが、最近取り入れられた財務委員会制度が軌道に乗りつつある印象をもった。また、定款施行細則一部改正が承認され、新たに選挙管理委員会が設置された。会長選挙はこれまで 3 分の 1 以上の得票が必要だったが、今後は 2 分の 1 以上が条件となった。1 回目で決まらなければ、決選投票となるようである。また候補者が日医 HP に所信表明や経歴を載せることができることになった。

冒頭の代表質問「改めて国民皆保険制度の意義を考えよう」に代表されるように、「受診時定額負担制度」導入や「TPP 問題」等に誘発され、会員の危機感を反映したのか、皆保険制度の背景となる理念や価値観にまで及ぶ深い議論もかわさ

れた。質問に関連して大阪府より、「定額負担も大事だが TPP がより大事で、ものすごいダメージがありうる」と発言され、「国民皆保険制度崩壊の蟻の一穴になりうる。一穴たりとも認めがたい」と日医会長答弁。受診時定額負担について、京都の安達氏が関連発言。「政府は免責制ではないと言っているが、まさに免責制である。いつでも、どこでも、だれでもの中で一番大事なだれでもをだめにする」という発言が印象的であった。また、「医療関係者のみならず、国民の意識改革を喚起しなければ、医療制度や皆保険制度は守れない。医師会をあげて国民運動を進める時期がきているのでは」という質問があり、それに対する答弁の中に「財務省の関与が自公政権のときよりも強まっている」とのひと言があった。岡山の笠井氏より「健康保険制度は自己の健康に対して自己責任を果たすうえでの社会的責任であって、自己責任なくして、社会的責任だけを求める甘えの構造で、医療費は嵩む。医療費はいつまでも天井知らずではありえない。制度維持のため、国民にではなく、会員にいかに説くか」という、今までにないような質問もあった。また、広島県の尾道市では、適正に医療資源を利用する住民の権利と義務という条例が成立したことを報告された。

個人質問では、当県加藤代議員が、日医は医師を守る団体であることを明確にすべきだということで、医療事故調査制度の早期成立と、消費税についてはゼロ税率を主張した。日医自体はゼロ税率を主張したいようだが、関係団体の中に、戦術上軽減税率を主張するところもあるので、やや様子をみている所もあるようだ。日医は本旨はゼロ税率だが、何パーセントアップであっても仕組みの改善を要求していくとのこと。

地方厚生局が施設基準の適時調査のために病院調査を行うが、群馬県では、去年計 8 億円にも返還額が達したことに関する質問に、5 年返還を要求されるが、個別指導並みに 1 年返還を申し入れてはいかがかとの答えがあった。縦覧点検に関して、例えば特定疾患でない慢性の病気で 6 か月受診がないので初診としたが、査定されたことを例に、縦覧点検が始まるといろいろな問題が発生してくるという指摘があった。

…詳細は日医ニュース参照。

報告第 2 号　平成 23 年度山口県医師会上半期の事業報告について

小田副会長　上半期事業報告について、要点のみ報告する。庶務として、4 月 24 日に第 124 回日本医師会定例代議員会、第 69 回日本医師会定例総会があった。28 日には、山口県医師会第 166 回定例代議員会を開催、23 年度の予算、事業計画が提案され、承認された。5 月 28 日から 29 日にかけて平成 23 年度の中国四国医師会連合総会が、鳥取で開催されている。6 月 12 日には第 65 回山口県医師会総会を山陽小野田市で開催した。6 月 30 日に定款等検討委員会・新公益法人改革移行検討委員会の合同委員会を開催、主に新公益法人移行についての検討をした。上半期で理事会 11 回、常任理事会 4 回を行い、会務、事業遂行に役立てている。

広報及び情報については、広報委員会や花粉情報委員会、県民公開講座「2011 ピンクリボン in やまぐち」を開催している。

保険について、来年度は、診療報酬・介護報酬の同時改定が行われる。日医は、東日本大震災への対応を最優先すべきという理由で、不合理なことは積極的に要求していく、正すべきことは正すが、同時改定の見送りを決定している。しかしながら、政府、行政は改定に向けて直実に進んでいるようである。8 月 3 日に日医は次期診療報酬改定に向けて、社会保険診療報酬検討委員会において、緊急に改定すべき事項を要望事項として取りまとめている。9 項目の優先要望項目、11 項目の最重点要望項目である。その中で、初診料、再診料の適切な評価では、少なくとも診療所再診料は平成 22 年度改定前に戻すとしている。社会保険医療担当者の監査が毎月、計 6 回実施されている。先日、木下会長自ら広島に赴いて、厚生局局長に早期収集を申し出ているところである。厚生局による指導が強化されていることは間違いない。集団的個別指導、新規個別指導等、指導大綱の見直しを強く叫んでいかなければならず、今後も注視が必要。9 月 8 日に社保・国保審査委員合同協議会を開催している。

生涯教育について、昨年度より新しい制度がスタートした。5月、9月に第120回、第121回の生涯研修セミナーを開催した。6月18日には、日医生涯教育協力講座セミナー「女性のがん」を開催している。参加者が少ないのが心配である。当会としても、講演の内容、講師等、なお一層充実を図るので、ぜひ参加をお願いしたい。

勤務医・女性医師について、今年度の重点項目の一つであるが、昨年度に、地域医療再生基金を活用して、山口県医師臨床研修推進センターを医師会内に設置した。若手医師の確保、県内定着に事業を展開しているところである。毎年4月に行っている臨床研修医との懇談は、震災のため中止とした。5月、7月の臨床研修病院合同説明会への参加、8月11日に、山口県医師臨床研修推進センター事業選考委員会を開催した。本年度は、指導医・後期研修医等国内外研修助成事業が7件、国内外からの指導医招聘事業が2件決定された。第3回山口県臨床研修医交流会は、年々盛況である。勤務医の医師会加入促進は、医師会の組織強化の一つで、9月6日、9日、16日、27日にそれぞれ防府、宇部、柳井、徳山に行き、基幹病院長と懇談し、勤務医の医師会加入をお願いした。

医事法制について、医事案件調査専門委員会を5回開催している。全体の案件数としては、やや減少傾向といったところである。本年6月に、日本医師会医療事故調査に関する検討委員会より「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」の提言集が出されたが、今後この提言集をどう扱っていくのか、注視していかなければならない。

地域医療・福祉について、このたびの大震災を受けて、県全体の防災の見直しがなされている。県医師会も積極的に参加し、他団体との連携を深めていかなければならない。

地域保健について、9月30日に第66回国民体育大会ドクターズ・ミーティングを開催、約150名の出席であり、次回開催県である岐阜県の先生方の多くの出席をいただいた。10月24日に山口大会の閉会式があり、おいでませ！山口国体・山口大会が無事、また成功裡に終了した。会員の皆様には、多額の寄附金、医師の出務等のご協力に感謝する。

医業や医政対策、会員福祉については、郡市担当理事協議会や関係者会議、恒例の看護学院(校)対抗バレーボール大会及びテニス大会や医謡大会を開催している。

互助会について、5月、6月に山口県医師互助会支部長会を開き、新公益法人移行に伴い、23年度をもって会の廃止を決定した。

上半期の事業は、おおむね順調に執行されている。下半期には、診療報酬・介護報酬の同時改定、受診時定額負担とTPPにかかわる運動等、重要案件が目白押しである。さらなるご理解、ご協力をお願いする。

議決事項

議決第1号　一般社団法人移行認可申請に伴う定款変更案について

杉山専務理事　まず、定款変更に当たっての基本的な考え方を説明する。新公益法人制度の移行先法人としては、去る4月28日の代議員会においてご承認いただいたように、一般社団法人へ移行することとなっているので、それに対応した定款変更案となっている(定款変更案は1083頁参照)。

また、承認第5号でも説明するが、新法人への移行については平成24年6月に申請し、平成25年4月1日に移行することとしているので、定款変更案は、それに対応したものとなっている。この定款変更案は、去る7月28日に開催した定款等検討委員会においてご審議いただき答申をいただいているのでご報告する。また、この定款変更案は、県に移行申請をして認可され、一般社団法人へ移行登記を行った日から効力が発生することを前提とした停止条件付きとして、また、現行定款第57条による代議員会の特別決議として議決をお願いする。

新公益法人制度関連法ができるまでは、民法による公益法人として存立してきたが、大雑把な規制しかなかった。一部公益法人の不祥事があり、この度の新公益法人制度改革では、きめ細かく規制がなされている。「一般社団法人及び一般財団法人に関する法律(法人法)」をはじめ、「公益法人制度改革関連3法」や内閣府公益認定等委員会が定める「定款作成に当たっての留意事項」、加えて

税法等に基づいて定款を作成する必要がある。

法人法が 344 条、同法施行規則が 105 条に亘るなど関係法令の膨大な数の規定へ適合した定款を作成する必要がある。これらに適合しているかどうか一つずつ検討していくと大変な作業になるので、現行定款は廃止して、内閣府の了承が得られている日本医師会の定款変更案を基に、全面改正することにした。

変更に当たっての基本的な事項として法に基づく機関設計を行う必要がある。その重要な柱は、理事会の権限が強化されていることである。

次に、法人法には規定されていない代議員会が法人法の社員総会として認められることになった。その代議員会を置くための 5 要件があり、それを定款で定めておく必要がある。さらに税法の非営利法人として認められるための 3 条件も定款で定めている。

日本医師会と郡市医師会との連携により、医療を通じて公衆衛生の向上を図り、社会福祉の増進に取り組んでいくことも定めた。これにより本会への入会資格を郡市医師会の会員であることの合理的な理由としている。

以上のような基本的考えで定款を県当局と調整しながら作成したが、今後、県の審議会等の意見で条文の変更が出てくる場合もある。その場合は重要な事項でない条文の変更は理事会にご一任いただきたい。重要な変更がある場合は来年 6 月の代議員会でご報告し、代議員会のご承認を得たいと考えている。

次に定款の内容について説明する。

法人法等に基づく規定を細かく盛り込んでいるので現行の 11 章 59 条が、15 章 72 条となり 4 章 13 条文ほど増加している。第 3 条の目的には、日本医師会と郡市医師会との連携を規定している。第 4 条の事業は日本医師会とほぼ同じような事業を実施しているので、基本的に日本医師会に合わせている。第 6 条会員の資格及び喪失の規定で、「本会の目的及び事業に賛同した郡市医師会の会員たるものとする。」としている。第 7 条は入会、異動、退会の規定で、主な変更点は第 2 項で法人法による任意退会、第 4 項再入会、第 5 項で退会保留の規定を設けている。第 10 条は、会員に社員である代議員と同等の権利を行使できるよう規定を設けている。これは代議員制度を設ける場合の必須の規定である。

次に代議員関係について、第 14 条第 2 項は代議員をもって法人法上の社員とする規定を入れている。第 15 条の代議員の任期だが、4 月 1 日より 2 年としているが、この度、日本医師会が都道府県医師会の要望を受け入れて代議員の任期の始まりを 6 月の定例代議員会の日、また、代議員の選出報告の時期を 5 月末に変更した。また、先日開催された郡市医師会長会議でも繰り下げるよう要望があったので、これを受けて「5 月 1 日から 2 年」と変更したいと思う。同条第 2 項の「法による各種訴権を行使中の代議員の任期」の規定は、代議員会制度を置く場合の 5 要件の一つであり、内閣府の定める内容で条文を置いている。第 16 条の代議員の選出規定も代議員会を置く場合の必須規定である。本会の理事及び理事会は代議員の選出ができないこと、会員に等しく選挙権等が与えられていることについて規定している。選挙関連で日本医師会は、理事・監事は法人法により選任、会長、副会長、常任理事、代議員会正副議長は選定、代議員、予備代議員は選出というように用語を使い分けている。第 17 条は予備代議員の規定、第 18 条は代議員資格の喪失の規定で法人法の定めにより規定している。

代議員会について、第 19 条第 2 項で代議員会を法人法上の社員総会とすることを明記している。第 20 条は、法人法では定例代議員会と臨時代議員会の二種となる。また、定例代議員会は決算に係る代議員会で年 1 回とされたので、日本医師会と同じように行政への報告の関係もあり、6 月に定例代議員会を開催し、他はすべて臨時代議員会として開催することにしている。第 3 項のただし書きにあるように、法人法の規定による代議員による招集請求についても規定した。第 24 条は代議員会の任務についてである。法人法により規定された事項及び定款で定めた事項に限り決議することができることになっており、それ以外は理事会の権限とされた。原則、日本医師会の内容に添っている。現行の第 31 条の専決処分は法に抵触するため削除している。第 25 条は、代議員会の定足数及び決議も法人法のとおり規定している。第 3 項の特別決議だが、現行は代議

員の3分の2が出席し、4分の3以上による議決であったが、総代議員の3分の2以上と厳しくなっている。

総会について、法人法では最高の意思決定機関が社員総会である代議員会であるので、日本医師会のように現定款に規定している総会の条文は削除している。

役員について、第28条にあるように定款附則で規定していた山口大学からの理事1名を本文で規定して現行と同じ、理事17名以内、監事3名以内としている。第5項で、法人法上の代表理事を会長、業務執行理事を副会長及び常任理事とすることにしている。第30条の監事の職務を法人法の規定のとおりとしている。次に、第31条の役員の任期は法人法により規定している。この規定が現行の規定と大きく変わり、混乱が生じているところである。理事及び監事の任期は、法人法に基づき「選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定例代議員会の終結のときまで」としている。これは、会社法からもってきたものである。決算が終了するまでは、現役員が任期を務め、新役員は決算の承認が終了後就任することになる。また、ややこしいのは任期の起算日が選任決議のあった日とされている。これまでは3月に選挙して4月就任としていたが、それができなくなる。3月に選任決議を行えば、法人法の規定で1年程度任期が短縮されるので、頭を悩ますところであるが、法で決まっているので仕方がないところである。なお、監事の任期は法人法では4年以内となっているが、理事の任期に合わせることにしている。第32条は役員の選任についてで、理事及び監事は、代議員会において選任することになっている。

法人法では、会長、副会長等は、理事会において理事の中から選定することになっている。日本医師会の働きかけなどで代議員会において選定できるようになったので、当会も日本医師会にならって、会長は代議員会で選定する規定にしている。なお、副会長、常任理事等は法人法に基づいて理事会において選定することにしている。移行後最初の役員の任期及び選挙のやり方は、日本医師会の検討結果を踏まえて検討することにしているが、先日日本医師会から新しい方針が示されたので、後ほど説明する。

次に、第34条は税法上の非営利法人になるために役員の親族等割合の制限を日本医師会の案のとおり規定した。第36条では法により役員報酬について定める必要があり、規定している。第37条は役員の責任免除の規定である。役員の責任関係については、これまで明文化されていなくても民法等により対応しているが、法人法で規定するようになった。これまで郡市医師会で認可されたところをみると規定していないところもあるが、日本医師会の例により規定した。

理事会及び常任理事会について、第40条は理事会の任務だが、法人法の定めにより規定している。第41条は常任理事会の規定である。法人法では、法で設置を定めている総会及び理事会以外の機関を置く場合は、定款で設置することを規定しておかないと設けることができない。このため、従来定款施行規則で定めていた常任理事会を定款で定めることにした。

医学会について、これは任意設置機関なので、基本的に日本医師会の条文に合わせている。

裁定委員会について、任意設置機関でこれも日本医師会の条文に合わせている。

委員会及び部会について、任意の組織を置く場合は定款で定める必要があるので、現行定款施行規則で規定している委員会及び部会についても新たに定款で定めている。

団体契約及び意見表明は、日本医師会に基づき新たに定款で設けている。

資産及び会計は、法人法の規定と日本医師会の条文に合わせている。第61条事業年度は、現行の会計年度という表現を法人法の事業年度に変えている。これは、会計をより大きな概念で捉えるため事業年度となっている。第62条は、事業計画及び収支予算だが、法人法によると理事会決議事項で代議員会決議事項でなくなっているが、重要な事項なので代議員会に報告して承認を得ることにしている。現行定款54条では、特別会計を置くことができるとなっているが、新・新会計基準では特別会計がなくなり、すべての会計を纏めて表示することになっているので、特別会計は削除している。第63条の事業報告及び決算だが、法人法の定めを踏まえた日本医師会の指導のとお

りに規定している。第64条の剰余金の分配の禁止については非営利法人となるための必須の規定である。

参与について、日本医師会に合わせて第67条に規定した。また事務局の規定も、日本医師会に合わせて規定している。

雑則について、第69条の残余財産の帰属は、非営利法人になるための必要な規定で日本医師会の案のとおり定めている。第71条の公告は、法人法により定款必須の規定で、日本医師会と同じ電子公告により行うよう規定にしている。第72条の委任は、第70条以外の本会の運営に必要な事項を理事会で決議できるよう日本医師会の規定どおり定めたものである。

次に定款の附則について、1「施行期日」は、この定款が効力を発するのは、県の認可を受けて登記した日からとなる。附則2は、代議員及び予備代議員に関する経過措置である。附則3は代議員会の議長及び副議長に関する経過措置について規定している。附則4は移行期における会長等に関する規定で、附則5は監事についての規定である。附則6は事業年度に関する経過措置で、解散の登記の日の前日を事業年度の末日とし、設立の登記の日を事業年度の開始日としている。

ここで附則4と5の移行時の役員関係について説明する。現定款における役員の選挙・任期について、明24年2月16日に選挙を行い4月1日に就任し、平成26年3月31日までの任期だが、法人法により新法人移行後の役員の選任・任期は、理事は選任の日から2年以内の終了している事業年度の定例代議員会までとなっている。また、任期は短縮できることになっている。次に、監事は、選任の日から4年以内で、2年以内であれば任期を短縮できる。問題は、任期の起算日が新制度では変わることで、4月1日でなく選挙の日の2月16日となる。それから2年目は平成26年2月15日だが、この日は25年度の途中で事業年度がまだ終了していない。終了している年度は24年度である。よって役員の任期はこの24年度の決算に係る定例代議員会までの平成25年6月となる。

このため、24年4月1日に移行した場合、任期は24年4月1日から25年6月までの1年3か月、25年4月に移行した場合は25年6月までの3か月になる。

しかし、新法人の移行期については特例があり、移行期の役員を定款に記載した場合は、選任の日を4月1日とすることができる。この日から2年以内に終了する事業年度の決算に係る定例代議員会の26年6月までの2年3か月が任期となる。

平成25年4月1日に移行した場合は、法律のとおりだと3か月しか任期がないが、定款に記載した場合は、27年6月までの2年3か月までとなる。しかし日本医師会と同じ任期とするため、任期を短縮して26年6月までとすることにしている。

また、監事の場合は、定款に氏名を記載して26年6月までとすると1年3か月になり、2年未満になり法律違反になるので、定款に名前を記載しないで任期の起算日を法律どおり24年2月16日からとして26年6月までの約2年4月とすることにしている。この考えで条文を整理したものが定款附則4と5である。

会長等は附則4で役職氏名を記載して、任期は平成26年6月の定例代議員会までとしている。附則5の監事については氏名は記載しないで、任期を平成26年6月の定例代議員会までとしている。

承認事項

承認第1号　平成22年度山口県医師会決算について

田村理事　平成22年度決算の概要について説明する。平成22年度の決算額は、当期収入合計額5億4,982円、前期繰越収支差額の9,898万5,310円を合わせると5億9,899万292円、当期支出合計額は、4億7,500万6,909円であり、その結果、次期繰越収支差額は1億2,398万3,383円となった。

収入の部

会費及び入会金収入は2億7,729万6,500円で、そのうち会費収入は2億6,034万6,500円で、

予算と比べ 0.1％の減となった。入会金収入は 1,695 万円で、予算と比べ 13％の増となっている。補助金等収入は 1 億 4,832 万 846 円、うち補助金収入は 3,272 万 1,750 円、委託費収入は 1 億 1,519 万 9,096 円となっている。委託費収入については、新規の委託事業として山口県医師臨床研修推進センター運営事業と地域産業保健センター事業がある。前者は、年度当初の実施計画に比べ事業実績が少なかったため、約 1,096 万円の減額となった。雑収入は 5,332 万 6,236 円で、うち雑入収入の主なものは各種保険取扱いの事務手数料が 2,850 万 4,340 円で、全体の 55.3％を占めている。そのほか、山福株式会社の配当金、労働保険事務組合報償金、糖尿病療養指導士講習会の受講料等がある。なお、4 月 1 日よりグループ保険で契約している第一生命保険相互会社が株式会社となり、無償で割り当てられた株式 81.25 株のうち、31.25 株を売却し、498 万 3,448 円の収入があった。残りの 50 株 700 万円は有価証券資産となっている。特定預金取崩収入 (2,106 万 1,400 円) は、役職員退職金支払いのため、引当金を取崩したものと、平成 22 年 4 月 1 日で

平成 22 年度山口県医師会収支計算書

平成 22 年 4 月 1 日から平成 23 年 3 月 31 日まで

収　入　の　部　　（単位：円）

科目	予算額	決算額	差額	予算額に対する収入割合％	備考	
Ⅰ　会費及び入会金収入	275,626,000	277,296,500	△ 1,670,500	100.6		
1　会費収入	260,626,000	260,346,500	279,500	99.9		
2　入会金収入	15,000,000	16,950,000	△ 1,950,000	113.0		
Ⅱ　補助金等収入	160,285,000	148,320,846	11,964,154	92.5		
1　補助金収入	32,042,000	32,721,750	△ 679,750	102.1		
					公費助成制度協力費交付金収入	20,240,000
					日医事務助成金収入	7,242,000
					日医生涯教育助成金収入	1,549,750
					日医生涯教育協力講座補助金収入	200,000
					医師会立准看護師養成所助成金収入	1,250,000
					(財) 労災保険情報ｾﾝﾀｰ事業運営費補助金収入	940,000
					日医「指導医のための教育ﾜｰｸｼｮｯﾌﾟ」補助金収入	300,000
					子ども予防接種対策助成金収入	250,000
					糖尿病対策地域支援費収入	450,000
					女子医学生、研修医等をｻﾎﾟｰﾄするための会補助金収入	300,000
2　委託費収入	127,843,000	115,199,096	12,643,904	90.1		
					産業医研修委託費収入	1,030,781
					産業医研修協議会委託費収入	200,000
					学校医等研究委託事業委託費収入	160,000
					特定疾患専門医師研修委託費収入	200,000
					かかりつけ医認知症対応力向上研修委託費収入	1,000,000
					花粉症対策情報提供事業委託費収入	948,000
					主治医研修事業委託費収入	340,000
					小児救急医療電話相談事業委託費収入	12,519,000
					小児救急啓発事業委託費収入	800,000
					小児救急医療地域医師研修事業委託費収入	2,235,000
					AED 普及促進事業委託費収入	590,000
					がん診療に携わる全ての医師への緩和ｹｱ研修会委託費収入	3,500,000
					山口県医師臨床研修推進ｾﾝﾀｰ運営事業委託費収入	11,093,485
					地域産業保健ｾﾝﾀｰ事業委託費収入	44,864,000
					休日がん検診体制整備支援事業委託費収入	10,788,689
					女性医師保育等支援事業委託費収入	3,000,000
					自賠責保険研修会委託費収入	267,385
					出向職員委託費収入	21,662,756
3　寄付金収入	400,000	400,000	0	100.0		
Ⅲ　雑　収　入	35,320,000	53,326,236	△ 53,326,236	151.0		
1　雑収入	35,320,000	53,326,236	△ 53,326,236	151.0		
					会館使用料収入	327,398
					預金利子収入	1,497,990
					雑入収入	51,500,848
Ⅳ　借入金収入	0	0	0			
1　会館運営会員借入金収入	0	0	0			
Ⅴ　特定預金取崩収入	24,530,000	21,061,400	3,468,600	85.9		
1　役員退職金引当預金取崩収入	14,560,000	16,493,000	△ 1,933,000	113.3		
2　職員退職給与引当預金取崩収入	969,000	968,400	600	99.9		
3　財政調整積立預金取崩収入	9,000,000	3,600,000	5,400,000	40.0		
4　会館改修積立預金取崩収入	1,000	0	1,000	0.0		
当期収入合計　(A)	495,761,000	500,004,982	△ 4,243,982	100.9		
前期繰越収支差額	135,000,000	98,985,310	36,014,690	73.3		
収入合計　(B)	630,761,000	598,990,292	31,770,708	95.0		

70 歳に達した第一号会員へ会館運営会員拠出金の返還のため、財政調整積立金を取崩したものである。

以上で当期収入合計は、5 億 4,982 円となった。

支出の部

事業費総額は、2 億 1,454 万 778 円である。

組織 (1,784 万 4,730 円) は、郡市医師会並びに関係団体等の連携強化等に要した経費、中国四国医師会連合関係の負担金経費等である。また、今年 10 月に開催された「おいでませ！山口国体・山口大会」の協賛金、社会貢献事業として東日本大震災の JMAT の経費等である。

広報 (2,183 万 3,397 円) は、主として県医師会報の編集発行、県民の健康と医療を考える会の開催経費、花粉測定に関する経費である。

情報 (198 万 7,469 円) は、医療情報システム委員会、インターネット関連の経費である。

保険 (811 万 6,985 円) は、医療保険では保険委員会、審査委員合同協議会開催経費等、介護保険では介護保険委員会、認知症研修会経費等、また労災保険、自賠責医療関係の経費などである。

支出の部

科目	予算額	決算額	差額	予算額に対する支出割合%	備考	
Ⅰ 事業費	294,762,000	214,540,778	80,221,222	72.8		
1 組織	25,708,000	17,844,730	7,863,270	69.4		
					表彰	935,262
					調査研究	1,166,075
					郡市医連絡	5,314,850
					中国四国医師会連合関係	4,823,900
					会員の親睦	540,000
					弔慰	590,500
					関係機関連携	1,107,038
					新公益法人制度移行検討事業	653,105
					山口国体・全国障害者ｽﾎﾟｰﾂ大会協賛金	1,600,000
					社会貢献	1,114,000
2 広報	27,604,000	21,833,397	5,770,603	79.1		
（1） 広報	24,128,000	18,852,572	5,275,428	78.1		
					広報活動	2,404,104
					会報編集発行	16,448,468
（2） 花粉情報システム	3,476,000	2,980,825	495,175	85.8	花粉情報システム	2,980,825
3 情報	2,637,000	1,987,469	649,531	75.4		
					医療情報システム委員会等	850,260
					インターネット関連	1,137,209
4 保険	14,817,000	8,116,985	6,700,015	54.8		
					医療保険	4,627,745
					介護保険	2,401,855
					労災保険	660,500
					自賠責医療	426,885
5 生涯教育	19,368,000	15,149,159	4,218,841	78.2		
					学術講演研修	8,182,054
					専門分科会助成	1,450,000
					地域医学会	1,600,000
					その他の助成	130,000
					生涯教育関係連絡協議会	1,315,300
					山口県医学会誌の発行	2,471,805
6 勤務医・女性医師	44,610,000	29,850,830	14,759,170	66.9		
					総会・役員会	1,077,420
					協議会・研究費等	3,212,186
					全国勤務医部会連絡協議会	979,070
					山口県医師臨床研修ｾﾝﾀｰ運営事業	17,891,505
					女性会員対策	6,690,649
7 医事法制	8,197,000	4,557,509	3,639,491	55.6		
					医事紛争対策	3,936,700
					診療情報提供	620,809
					薬事対策	0
8 地域医療・福祉	26,284,000	18,882,582	7,401,418	71.8		
					救急医療	13,981,606
					有床診療所	648,160
					警察医会	1,017,400
					緩和ケア	3,235,416
					地域福祉	0
9 地域保健	95,802,000	70,187,251	25,614,749	73.3		
					妊産婦・乳幼児保健	1,466,765
					学校保健	4,141,265
					成人・高齢者保健	18,175,213
					産業保健	1,540,008
					地域産業保健ｾﾝﾀｰ事業	44,864,000

生涯教育 (1,514 万 9,159 円) は、医学会総会、研修セミナー、体験学習、指導医のための教育ワークショップなどの学術講演会開催に要した経費、また、学会助成金や県医学会誌の発行経費等である。

勤務医・女性医師 (2,985 万 830 円) は、勤務医の総会・役員会、市民公開講座等に要した経費、新規委託事業として山口県医師臨床研修推進センター運営事業の経費である。また、女性医師対策の総会・保育支援事業に係る経費である。

医事法制 (455 万 7,509 円) は、医事紛争対策では医事案件調査専門委員会や顧問弁護士との合同協議会に要した経費、診療情報提供等に係る経費である。

地域医療・福祉 (1,888 万 2,582 円) は、地域医療計画委員会、小児救急医療電話相談事業、小児救急医療地域医師研修会、緩和ケア研修会、警察医会、有床診療所等の経費である。

地域保健 (7,018 万 7,251 円) について、妊産婦・乳幼児保健関係や学校保健関係では学校医研修会、第 43 回若年者心疾患対策協議会総会を担当したための経費であり、また、成人・高齢者保健では、健康教育委員会、糖尿病対策推進に係る経費、健康スポーツ医等の経費、新規委託事業とし

科目	予算額	決算額	差額	予算額に対する支出割合%	備考	
10　医　　業	14,135,000	10,832,986	3,302,014	76.6		
					医業経営対策	0
					医療廃棄物対策	0
					医療従事者確保対策	10,337,656
					労務対策	0
					医師会共同利用施設対策	495,330
11　医　政　対　策	1,000,000	697,880	302,120	69.8		
12　公費助成制度協力費交付金	14,600,000	14,600,000	0	100.0		
Ⅱ　管　理　費	212,596,000	188,000,131	24,595,869	88.4		
1　報　　酬	30,215,000	32,048,000	△ 1,833,000	106.1		
					役員報酬	11,920,000
					報償金	3,635,000
					役員退職金	16,493,000
2　給　料　手　当	97,653,000	92,756,594	4,896,406	95.0		
					職員給料手当	90,602,123
					職員退職金	968,400
3　福　利　厚　生　費	16,308,000	15,301,116	1,006,884	93.8		
					役員厚生費	1,765,425
					職員福利厚生費	13,535,691
4　旅　費　交　通　費	6,000,000	2,695,060	3,304,940	44.9		
5　会　　議　　費	17,920,000	12,425,392	5,494,608	69.3		
					会議旅費	10,518,300
					会議雑費	1,907,092
6　需　　用　　費	14,500,000	10,891,460	3,608,540	75.1		
					消耗品費	3,034,990
					図 書 費	1,383,149
					印刷製本費	1,821,525
					通信運搬費	3,436,172
					使 用 料	1,215,624
7　備　品　購　入　費	1,000,000	0	1,000,000	0.0		
8　会　館　管　理　費	15,000,000	12,364,552	2,635,448	82.4		
					管理諸費	11,135,825
					修 繕 費	93,345
					賃 借 料	1,135,382
9　渉　　外　　費	5,000,000	2,361,969	2,638,031	47.2		
10　公課並びに負担金	8,000,000	6,827,300	1,172,700	85.3		
11　雑　　費	1,000,000	328,688	671,312	32.9		
					接待費	0
					雑　費	328,688
Ⅲ　借入金返済支出	9,000,000	6,000,000	3,000,000	66.7		
1　会館運営会員借入金返済支出	9,000,000	6,000,000	3,000,000	66.7		
Ⅳ　特定預金支出	86,600,000	66,466,000	20,134,000	76.8		
1　役員退職金引当預金支出	16,600,000	16,466,000	134,000	99.2		
2　職員退職給与引当預金支出	10,000,000	10,000,000	0	100.0		
3　財政調整積立預金支出	40,000,000	40,000,000	0	100.0		
4　会館改修積立預金支出	20,000,000	0	20,000,000	0.0		
Ⅴ　繰入金支出	0	0	0			
1　山口県医師互助会会計繰入金支出	0	0	0			
Ⅵ　予　備　費	27,803,000	0	27,803,000	0.0		
1　予　備　費	27,803,000	0	27,803,000	0.0		
当期支出合計　（C）	630,761,000	475,006,909	155,754,091	75.3		
当期収支差額　（A）－（C）	△ 135,000,000	24,998,073	△ 159,998,073			
次期繰越収支差額　（B）－（C）	0	123,983,383	△ 123,983,383			

て地域産業保健センター事業に係る経費である。

医業 (1,083 万 2,986 円) は、医師会立看護学校の運営補助金として、本会と日医からの助成金や看護学院 (校) 対抗バレーボール大会の助成、医師会共同利用施設対策費等である。

医政対策 (69 万 7,880 円) は、医政シンポジウム開催等に要した経費である。

公費助成制度協力費交付金 (1,460 万円) は、郡市医師会へ交付しているものである。

つづいて管理費の総額は 1 億 8,800 万 131 円で、本会を運営するための毎年度経常的に要する経費で、役員報酬並びに顧問弁護士・顧問会計士の報償金、職員に係る給料に要する経費である。また、役職員の退職金も含まれている。

福利厚生費は役員等の傷害保険料や職員の社会保険料の事業主負担、旅費交通費は各事業費で支出する以外の県内外の交通費、会議費は代議員会、会長会議、理事会等の諸会議に要した経費である。

借入金返済支出 (600 万円) は、第一号会員から第二号・第三号会員に変更した会員及び平成 22 年 4 月 1 日で 70 歳に達した第一号会員と退会者に対する会館拠出金の返済分である。なお、今年度より新公益法人移行対策として、会館運営協力金返済支出を会館運営会員借入金返済支出と変更した。

特定預金支出 (6,646 万 6 千円) は、役員退職金引当預金、職員退職給与引当預金、財政調整積立預金はそれぞれ予算通りとなっている。なお、今年度は新公益法人移行のため遊休財産保有限度額を考慮し、会館改修積立預金支出は 0 とした。

よって、支出合計は 4 億 7,500 万 6,909 円、執行率は 75.3% である。

以上が平成 22 年度山口県医師会一般会計収支決算報告であるが、現在進めている新公益法人制度移行作業の中で、山口県医師会事業と特別会計として整理していた山口県医師互助会事業を纏めて計上する必要がある旨の指導を顧問の公認会計事務所から受け、検討の結果、22 年度決算に特別会計の互助会事業を併せたものを代議員会でご承認いただくものである。

医師互助会の収支計算について、収入の部では会費収入が 4,305 万 2,500 円と雑収入とをあわせると 4,321 万 9,540 円となり、前期繰越収支差額をあわせると 9,682 万 6,571 円となる。また、支出の部では事業費が 3,173 万 2 千円、管理費 402 万 9,505 円、特定預金支出 600 万円で合計 4,176 万 1,505 円となり次期繰越収支差額は 5,506 万 5,066 円となる。

負債の部で、事業清算引当金 1 億 3,400 万円となっているが、これは互助会事業廃止に伴うものである。

医師会事業と互助会事業を連結した場合、当期収入合計が 5 億 4,322 万 4,522 円で、前期繰越収支差額とあわせると 6 億 9,581 万 6,863 円となる。支出の部では、事業費 2 億 4,627 万 2,778 円、管理費 1 億 9,202 万 9,636 円、借入金返済支出 600 万円、特定預金支出 7 億 2,466 万円となり、当期支出が 5 億 1,676 万 8,414 円、次期繰越収支差額は 1 億 7,904 万 8,449 円となる。

資産関係では流動資産合計 1 億 8,713 万 2,265 円、特定資産合計 15 億 9,920 万 8,555 円、固定資産 21 億 4,861 万 4,771 円 、資産合計 23 億 3,574 万 7,036 円、負債合計 5 億 1,607 万 4,571 円となり、正味財産の合計は 18 億 1,967 万 2,465 円となる。

貸 借 対 照 表

平成 23 年 3 月 31 日現在　(単位：円)

科目	継続事業	互助会共益	収益	法人	合計
流動資産	96,299,439	55,065,066	1,100,119	34,667,641	187,132,265
特定資産	124,081,951	148,000,000	1,417,506	1,325,709,098	1,599,208,555
その他固定資産	400,610,528	0	4,576,555	144,219,133	549,406,216
固定資産合計	524,692,479	148,000,000	5,994,061	1,469,928,231	2,148,614,771
資産合計	620,991,918	203,065,066	7,094,180	1,504,595,872	2,335,747,036
負債合計	129,976,427	148,000,000	1,484,844	236,613,300	516,074,571
正味財産合計	491,015,491	55,065,066	5,609,336	1,267,982,572	1,819,672,465
負債及び正味財産合計	620,991,918	203,065,066	7,094,180	1,504,595,872	2,335,747,036

平成 22 年度山口県医師会収支計算書 (連結)

収入の部　(単位：円)

科目	医師会 (一般会計)	互助会事業 (特別会計)	合計
会費及び入会金収入	277,296,500	43,052,500	320,349,000
補助金等収入	148,320,846	0	148,320,846
雑収入	53,326,236	167,040	53,493,276
特定預金取崩収入	21,061,400	0	21,061,400
当期収入合計	500,004,982	43,219,540	543,224,522
前期繰越収支差額	98,985,310	53,607,031	152,592,341
収入合計	598,990,292	96,826,571	695,816,863

支出の部

事業費	214,540,778	31,732,000	246,272,778
管理費	188,000,131	4,029,505	192,029,636
借入金返済支出	6,000,000	0	6,000,000
特定預金支出	66,466,000	6,000,000	72,466,000
当期支出合計	475,006,909	41,761,505	516,768,414
当期収支差額	24,998,073	1,458,035	26,456,108
次期繰越収支差額	123,983,383	55,065,066	179,048,449

平成 23 年度山口県医師会予算

収入の部　(単位：千円)

科目	医師会 (一般会計)	互助会事業 (特別会計)	合計
会費及び入会金収入	273,121	42,840	315,961
補助金等収入	166,545	0	166,545
雑収入	35,320	51	35,371
特定預金取崩収入	40,915	134,001	174,916
貸与金戻り収入		2,000	2,000
当期収入合計	515,901	178,892	694,793
前期繰越収支差額	98,985	55,530	154,515
収入合計	614,886	234,422	849,308

支出の部

事業費	301,634	214,000	515,634
管理費	225,650	5,859	231,509
借入金返済支出	9,000		9,000
特定預金支出	54,600	6,001	60,601
予備費	24,002	6,562	30,564
貸与金支出		2,000	2,000
当期支出合計	614,886	234,422	849,308

以上、平成 22 年度決算についての説明を終わる。なお、決算内容については、公認会計士の点検を経て、監事の監査をいただいていることを申し添える。慎重審議の上、ご承認いただくようお願い申し上げる。

監査報告

藤野監事　平成 22 年度山口県医師会決算については、慎重に監査したところ、適正に処理され、その収支は妥当なるものと認める。

平成 23 年 9 月 1 日

監事　山本　貞壽
監事　武内　節夫
監事　藤野　俊夫

承認第 2 号　平成 23 年度山口県医師会事業及び予算について

田村理事　平成 23 年度山口県医師会事業及び予算の一般会計については、4 月 28 日開催の定例代議員会でご承認をいただいているが、特別会計で区分経理して実施した医師互助会事業について、平成 23 年度山口県医師会事業及び予算の中に加えて掲載することについて、承認をいただくものである。

現在、新公益法人制度への移行作業を進めているが、その中で、顧問の公認会計事務所の指導で、現在医師会が行っている事業すべてを山口県医師会事業及び予算の中に纏めて掲載する必要があるとのご指導をいただき、この度このような措置を取ることにした。

一般会計の組織から医業の 10 事業については、先の代議員会での説明のとおり。医師互助会事業について、事業計画であるが、年会費 3 万円を互助会に加入されている会員の先生からいただき、災害見舞金、弔慰金、傷病見舞金、医事紛争対策援助金等の事業を例年と同様に実施することにしている。

予算について、一般会計は、先の代議員会と変わらないが、互助会予算は少し変わったので、説明する。収入の部であるが、会費収入が 4,284 万円、それと互助会事業廃止に伴う事業清算取崩収入の 1 億 3,400 万円などが主な収入であり、当期収入合計が 1 億 7,889 万 2 千円、前期繰越が 5,553 万円で収入合計が 2 億 3,442 万 2 千円となる。

次に支出の部であるが、事業費が 2 億 1,400 万円で、特に本年度は、事業廃止に伴う会費の還付金 1 億 6,500 万円を計上している。管理費が 585 万 9 千円、特定預金支出が 600 万 1 千円などで、2 億 3,442 万 2 千円となっている。

一般会計の医師会事業と特別会計の互助会事業を合計した場合、当期収入合計 6 億 9,479 万 3 千円、前期繰越が 1 億 5,451 万 5 千円で収入合計が 8 億 4,930 万 8 千円となる。

支出の部は、事業費が 5 億 1,563 万 4 千円、管理費が 2 億 3,150 万 9 千円等で当期支出合計

が8億4,930万8千円となる。

なお、参考として新法人への移行にあたって必要な新公益会計基準で整理した場合、損益計算ベースの計算やこれまで計上していない減価償却費の計上、前期繰越金を収入計上しないことなどで、かなり変わる。また、予算ベースであることと現在の予算計上の方法との差異で、当期経常増減額がマイナスとなるが、決算段階では経費の執行率75％程度であるのでプラスになり、マイナスになることはない。新年度から予算の立て方を新会計基準に対応したものにしていかなければならない。以上で説明を終わる。

承認第3号　山口県医師互助会事業の廃止について

杉山専務理事　山口県医師互助会は、医師会会員の会員福祉事業として昭和31年4月に発足以来、本年で約55年になる。火災の再建資金助成事業という火災互助からはじまり、年々制度内容の充実につとめ、今日のような制度となった。しかしながら、その間の社会の変革に伴い、公益法人を取り巻く諸状況が著しく変化、保険業法と公益法人制度の規制が強化されるようになった。保険業法については、平成18年に改正が行われ、これまで不特定者を対象とする保険だけ規制されていたものが、本会のような医師会員という特定者を対象とする共済事業で、会員千人以上又は社会通念上の額10万円を超えて給付するものについても保険業法の対象となった。その後、日本医師会等が規制緩和について要望した結果、この5月に改正保険業法の一部改正が行われ、緩和はされたが、特定保険業者の認可基準はなお厳しいものがあり、とても本会で対応できる基準でないものである。支部長会で協議した結果、自主共済として実施している互助会事業を廃止することとした。その方針を互助会加入の全会員の先生方に文書でご通知申し上げたところ、特に異論もなく、ご理解いただけたものと考えている。

廃止する事業は、災害見舞金、弔慰金、傷病見舞金、医事紛争対策援助金である。事業廃止に伴って会費の還付をすることにしている。会費の還付については、1年当たり5千円に在会年数を乗じた額と本年度会費の2分の1を加えた額としている。なお、在会年数は、現在の事業形態になった昭和42年以降で算定することにしている。会費の還付に必要な経費は1億6,500万円程度と試算している。約2,500万円の残余資産がでてくるが、傷病見舞金については平成24年度にも引き続き支払いがでてくると思うので、その額を支払った後、残余資産が出た場合は、医師会会員福祉事業の充実に充てたいと考えている。

以上のように、事業清算を行った後に新法人への移行認可申請を行うことにしている。

承認第4号　一般社団法人への移行認可申請に伴う定款施行規則及び諸規程等の変更案について

杉山専務理事　定款変更により、現行の定款施行規則及び諸規程の変更等が必要になるので上程させていただいた。なお、この定款施行規則及び諸規程等も定款と同じように一般社団法人へ移行を前提とする停止条件つきでご承認をいただくことになる。定款変更案を基に現行の定款施行規則及び諸規程を見直した結果、一部改正が必要なものが4つの規則と3つの規程であり、変更案を提案させていただいている(1081頁参照)。なお、変更しないで現行の諸規程等を引き続き適用するものもある。

最初に一般社団法人山口県医師会定款施行規則について、第1条及び第4条第1項は基となる定款の条文が変更されたものである。第4条第2項の入会金の額は、定款で定めることになったので、この条項を削除した。第3章の役員は、すべて定款で定められたので削除。第7条のただし書きの山口大学医師会の代議員の数を限定する条文は、代議員数に制限を与えることになり内閣府留意事項Ⅱ3②に抵触するので、削除。第8条の代議員の選出報告は、このたび日本医師会が5月31日に変更したので、これを受け、変更案は3月31日になっているが、本会もこれを4月30日に変更しようと思う。第2項は定款の条文の変更に伴うもの。第9条及び10条は、定款で規定したので、削除。附則は、以下の規則等も同じだが、定款の登記の日から施行することと現規則は廃止することを規定している。なお、諸様式中の引用している条文も変わる。

代議員会議事規則について、第1条の議長及

び副議長のことは定款に規定されるので削除して、この規則の目的に関する条文を入れた。第5条は、現行の規定が選挙代議員会のことを想定して定めていたが、その代議員会が臨時代議員会に変わったので、規定の仕方を変更した。第28条のただし書きは、委員長に2票を与えることになり、内閣府留意事項Ⅱ8に抵触するので削除。

選挙規則について、第1条第2項は、定款変更により役員等の選任等が変わったので、これらを総称して、選挙ということした。第2条は、選挙代議員会が臨時代議員会に変わったので、それに伴う変更である。第11条は、役員等の選任等の変更に伴うものである。なお、理事等の選任は一括選任ができないことになっており、一人ひとり選任していく必要があることや、会長の選定方法などこれから決まることがあり、変更が必要になるかも知れないが、その際は再度協議させていただく。

裁定委員会規則と会費賦課徴収規程は、引用する定款の条文の変更によるもので、他の変更はない。

役員等報酬規程について、これまで規程は、退職金支給規程だけで報酬規程がなく代議員会の予算審議の際承認を得ているが、このたび法で報酬全般について規定する必要がでたので、退職金支給規程を見直し､役員等報酬規程として変更した。第1条は、支給の対象者を規定している。第2条は、支給の対象を決めている。第3条は、支給基準を定めているが、総額は代議員会で定め、具体的な支給は別に基準を定めることにしている。また、現行の第3条第2項で医師国保との報酬の調整を規定しているが、他の団体とのことを規定できないので規定上からは削除し、理事会決議等の運用で行う。

経理規程について、平成20年度に制定された新・新公益法人会計に基づいて変更している。第2条では、新会計基準では特別会計がなくなり一般会計の中で一括まとめて経理処理することになったので、特別会計を削除して実施事業会計、収益事業等会計及び法人会計に区分して行うことにした。第3条は会計年度を事業年度に変更している。第7条で新会計基準により勘定科目を設定し、理事会の決議で変更できるようにしている。第16条は字句の修正。第18条は新会計基準では予備費がなくなるので変更している。第21条は定款の条文に合わせている。

この規則及び規程についても定款等検討委員会にご審議いただき、適当である旨答申をいただいているのでご報告する。ご審議の程よろしくお願いする。なお、条文の修正は定款と同様に、理事会に一任することをお願いする。

承認第5号　一般社団法人移行認可申請に係る基本事項について

杉山専務理事　この承認第5号は、以下説明する基本事項を基にして、本会が一般社団法人移行認可を申請することを理事会に一任することについて承認を得るものである。まず、認可を受けた後の法人の名称は、一般社団法人山口県医師会とする。主たる事務所の所在場所は、山口県山口市吉敷下東三丁目1番1号とする。移行時期は平成25年4月1日に移行することにする。新法人で実施する事業は、公益目的関係の実施事業は8事業とし、その他は収益事業と法人会計とし、共益事業である医師互助会事業は完全に清算事務終了した場合、削除する。申請直前事業年度の損益計算書及び事業報告は、平成23年度の決算により申請する。事業計画書及び収支予算書は、平成24年度の事業計画・予算による。公益目的支出計画等は決算と予算等により作成する。

申請のポイントは、実施事業の公益性があるかどうか、また公益支出計画の妥当性である。

公益目的支出計画について、平成22年度決算により試算した場合、一般正味財産期首残高である18億1,900万円が原則として公益目的財産額となる。平成22年度決算に基づき新会計基準により整理した場合、継続事業8事業の事業費の計が3億4,900万円になる。また継続計欄の経常収益計が1億400万円で、後者から前者を引いた額がマイナス2億4,500万円となるが、この不足額245百万円を毎年会費等で補って充当していくことになる。公益目的財産額18億1,900万円を2億4,500万円で割ると7.42年となり公益目的財産額がゼロになるのに8年を要することになる。この間、行政庁の監督を受けることになる。実際は毎年の決算により修正していくようになる。公益目的財産残額がゼロになれば、終了

公益目的支出計画

公益目的財産額　1,819 百万円　(①)
公益目的支出の見込額（実施事業費用）　349 百万円　(a)
実施事業収入の見込額　104 百万円　(b)
実施事業損益　△ 245 百万円　＝　(b) － (a)　←　会費等で充当額②
公益目的財産額が零になる事業年度　平成 32 年度
(　①　÷　②　＝　7.42 年　→　移行年度から 8 年)

公益目的支出年次計画　（単位百万円）

項目	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度	29 年度	30 年度	31 年度	32 年度
公目的財産額①	1,819	1,819	1,819	1,819	1,819	1,819	1,819	1,819
実施事業収入見込額	104	104	104	104	104	104	104	104
実施事業費用	349	349	349	349	349	349	349	349
実施事業損益	△ 245	△ 245	△ 245	△ 245	△ 245	△ 245	△ 245	△ 245
会費等で充当額②	245	490	735	980	1,225	1,470	1,715	1,819
公益目的財産残額③	1,574	1,329	1,084	839	594	349	104	0

注
1) 上表は、平成 22 年度決算により試算
2) 公益目的財産額 (正味財産) は、一般正味財産期末残高
3) 公益目的財産残額（③＝① - ②）は、8 年後の平成 32 年度でなくなり、公益目的支出が完了する。毎年の決算で数値は変更される。
4) 申請に当たっては、申請直前の決算資料により調整し、作成する。

※申請書類添付資料
(1) 現行定款
(2) 定款の変更の案 (議案第 1 号のとおり)
(3) 定款の変更に関し必要な手続きをしたことの証明 (理事会・代議員会議事録)
(4) 登記事項証明書
(5) 算定日における財産目録
(6) 申請直前事業年度の損益計算書及び附属明細書
(7) 申請直前事業年度の事業報告及び附属明細書
(8) 事業計画書及び収支予算書
(9) 許認可等を証する書類 (実施事業に必要な許認可書類　無し)
(10) 会員等の位置付け及び会費に関する細則 (入会規定・会費規定)
(11) 事業・組織体系図
その他

となる (上参照) 。

以上で説明を終わるが、いずれにして来年 6 月の代議員会で平成 23 年度の決算に基づいて、改めて協議申し上げるので、よろしくお願いする。

質疑応答

1. 子宮頸癌予防ワクチン、インフルエンザ桿菌 (Hib) ワクチン、肺炎球菌ワクチンの接種について

石川　豊議員 (下関市)　これらのワクチンは、今年からワクチン代金に関しては個人負担が 10% で、残りの 90% を国と市町が半分ずつ、すなわち 45% ずつ負担することになった。

山口県では個人負担を免除し、市町がワクチン代金の 55% と接種委託料を負担している。

厚生労働省はこれらのワクチンは近い将来、定時接種とする方向で検討していると聞いていたが、東日本大震災の復興財源の不足から、政府は突然に来年度から予算の打ち切りを企てているようである。これに対して、厚生労働省に抗議をするようにとの呼びかけがなされた。国の予算が打ち切られれば、市町もそれに追随して予算を打ち切るであろうと考えられる。その結果、これらの接種は任意接種となり、全額個人負担となる。経済的に余裕のない者は接種できない、言い換えればお金で医療を買うような事態となり、わが国の医療の誰もが平等にという大原則からはずれることになる。

下関市
石川　豊議員

東日本大震災からの復興のためという錦の御旗の元にすべてを削減するのではなく、国民のために必要なところにはきちんと予算を配分すべきではないか。国民は今回の東日本大震災に対して、個人的に寄附やボランティアをし、さらに現在国会では復興増税が審議されている。それに加えて国民の健康までを犠牲にするような政策がとられると、逆に被災者のために一体どれだけの犠牲を払えばいいのかというように、気の毒な被災者の方々に対する反発さえ生みかねないと危惧される。

厚生労働省は、折角始めた事業を単年度で終わらせたくないはずで、事業を存続させるように努力しているものと思われる。この度の厚生労働省への抗議は、あくまでも彼らの後押しをするような意味で行うべきである。最終的には政府、特に財布を握っている財務省に対して抗議すべきであり、日医から政府に対して正式に強く抗議をしていただきたいと考える。それでだめなら国民の署名運動をしてでも抗議していかないと、今後もずっと財務省の言いなりになる気がするが、いかがか。

濱本常任理事　平成 22 年度国の補正予算により今年 1 月から開始されたワクチン 3 種類の接種費用の助成事業であるが、この事業は、急遽実施されることになり、郡市医師会の先生方のご協力により市町行政と協議を進めていただき、平成 15 年から定期の予防接種の広域化と同様に広域化をして実施しているところである。県内の接種状況 (平成 23 年 8 月 17 日現在) については、既に各郡市医師会へ情報提供しているところであるが、ワクチンの供給不足による接種の差し控えなどがあったことを考慮すると、まずまず順調に接種が実施されたと考えている。

さて、ご指摘のように、この事業は今年度で終了することになっており、今のところ定期接種へ含まれるといった法改正もされていない。一時的に接種費用の助成をしたのでは、来年度から接種対象になる者には不平等であるばかりでなく、感染症予防の観点からも理解できない。今のところ、「厚生労働省においても、基金を存続して事業を継続する方向で検討している」といった情報があるとも聞いており、今年度限りで接種事業がなくなるとは考えられないが、昨今の経済情勢及び財務省主導の政治体制を考えると楽観はできない。そこで、本会としては今月 24 日に小宮山厚生労働大臣宛に要望書を出すとともに、県に対しても、国への働きかけをお願いしたところである。

各郡市医師会においても、日本医師会から直接依頼の通知があったと思うが、来年度以降のワクチン接種事業の継続について、厚生労働大臣への要望及び当該市町行政等に対して働きかけをお願いする。

石川　豊議員 (下関市)　国から助成金が県を通してくるが、県自体は一切助成していない。県も少しでも補助してもらえると、市町が少し経済的に楽になると思う。その辺は県医師会から働きかけをしていただきたい。

2. 定款の代議員の任期について

水津信之議員 (防府)　代議員の任期が 5 月 1 日から 2 年となっているが、それぞれの郡市医師会で総会や選挙の時期が異なっている。もし、6 月に定時総会をするとずれてしまう。任期がずれた場合、人が変わってもそのまま任期 2 年ということで、郡市医師会が推薦した人をそのまま代議員にして良いのか。

防　府
水津信之議員

もう一つは、役職氏名を記載した場合は、登記日が選任日になるとのことだが、県医師会は任期が平成 26 年 6 月となると、郡市医師会もよく考えないと、わざわざ代議員を選ぶための総会をしなければならなくなるので、非常にややこしいと私は思うが、いかがか。

杉山専務理事　県医師会と郡市医師会で任期が違うところは今もあるが、日医と各都道府県も相違があるところもある。本会は日医にあわせて期間を設定したが、平成 26 年に役員交代がない郡市

医師会では、報告時期までの適当な時期に形だけの選出をしていただければクリアできると思う。その後、役員改選で代議員が変更した場合は、そのときにご報告いただければ、その時点で県医代議員としては交代となる。

水津信之議員（防府）　例えば 6 月の定時総会で選挙をしたとする。5 月 1 日からの任期になっているので、通常であれば 4 月末までに郡市医師会が選んでおかないとということになる。5 月に県の代議員会が開催される場合、前の役員が代議員会に出席するようになるが、それでよろしいかという話である。決まった時点で届ければ良いのか。

杉山専務理事　そのとおりである。互いに制約があるので、それぞれの定款のルールに沿ってやっていただきたい。

採決

保田議長、採決に入る。特別決議である議決第 1 号、承認第 1 号、第 2 号、第 3 号、第 4 号、第 5 号について、それぞれ賛成の議員の挙手を求め、挙手全員により可決された。

県医師会からのお知らせ

広報担当の田中義人常任理事より、対外広報事業である県民公開講座「がんと向き合って生きる」の告知が行われた。

閉会挨拶

木下会長　山口県医師会第 167 回定例代議員会が時間内に首尾よく終了したことに感謝申し上げます。

新法人移行や、つい最近の受診時定額負担あるいは TPP 参加のことなど、突然、大きな問題が生じ、対応に難渋しますが、常にアンテナをはりめぐらして情報を収集し、迅速かつ適切に対処していきたいと考えています。

ところで、山口県医師会は約 40 年前の第 14 代会長のときから、会長任期は 2 期 4 年というのが慣例となっています。自分も来年 3 月で 2 期 4 年となることから、先達の伝統を引き継ぎ、3 月いっぱいで退任する所存であります。今、医師会にとっていろいろの点で大変重要な時期ですので、次期執行部と円滑に引き継ぎができるよう、退任まで尽力したいと思います。何卒よろしくお願い申し上げ、閉会の挨拶といたします。

傍聴印象記

広報委員　渡邉惠幸

平成 23 年 10 月 27 日の穏やかな秋の日の午後に第 167 回山口県医師会定例代議員会が県医師会会議室で開催された。今まで数回、印象記を書いたが今回ほど困難な印象記はなかった。おかげで締切日を大幅に超えてしまった。つまり議題をあまり理解できていなかったことに尽きると思われた。なぜ新法人に変更しなければならないのか。要は課税、非課税の問題であり、ここに財務省の思惑が推察されるのである。ここにきて新に大震災の回復の遅滞、TPP への交渉に参加することを野田首相は表明された。はたして日本丸は大波を乗り切っていけるのか、はたまた大海原の下に沈没していくのだろうか。

さて会議は木下会長のご挨拶から始まった。いつもながら言葉を選ばれゆっくりと挨拶をされた。感心するのはメモを見ながらの挨拶を就任期間中に見ることが無かった。私は挨拶が苦手でいつもメモを見ながら挨拶をしたら良かったのにと後悔の連続である。高校時代の友人が官僚時代に国会答弁また県知事で議会での発言、答弁は no paper ですると言っていた。そうしないと、こちらの真意が伝わらないのだと話していたことを思い出した。

議案審議、報告事項、議決事項、承認事項と質疑応答が円滑に進行した。詳細は会報に記載しているのでじっくりお読みいただきたい。質疑応答のなかで子宮頸がん予防ワクチン等の接種について、下関市の石川　豊議員から来年度より予算の打ち切りがあるようだがとの質問があった。任意接種となれば経済的に余裕のある人しか受けることができず、わが国の医療の誰もが平等にという大原則からはずれることになるのではと質された。国も (財務省といったほうが良いのかもしれないが) 目先だけではなく将来を見つめ予算を立てていただきたいものだ。また事業仕分けのようなパフォーマンスではなくて、じっくり金のある場所を発見してもらいたいものだ。夢を持たせてくれた、民主党のマニフェストもなんだかはずれ競馬の馬券のように単なる紙くずになってしまったように思われる。原発事故のように過小申告、過小発表ではなく、正確に事態を発表することが国民に理解をもたらし、協力を取り付けることになると思うのだが。原発事故、TPP 交渉の参加 (わけのわからない言葉のあや) と、一歩間違えれば日本国が破綻する危機にあるわけである。十分に議論して国民に正しく提示していただきたいものである。

会議の冒頭と終了の挨拶で木下会長は来年 3 月をもって退任されることを表明された。ご自分の信念を貫き、ぶれることなく県医師会を引っ張ってこられたことに対して畏敬の念と心から感謝の意を表する。医療崩壊の危機にある現在、今後とも健康にご留意くださり県医師会のために、ご指導をいただくことをお願いして印象記を終えたいと思う。

1　一般社団法人山口県医師会定款施行規則

現　行	変　更　後	特記事項
社団法人山口県医師会定款施行規則	**一般社団法人山口県医師会定款施行規則**	☆一般社団法人への移行に伴う変更
第1章　総　則	第1章　総　則	
(目的)	(目的)	
第1条　この規則は、定款第59条の規定に基づき、・・・・・	第1条　この規則は、定款第70条の規定に基づき、・・・・・	☆定款条文の変更に伴う条項の変更
(入会金)	(入会金)	
第4条　第2条第1項の第一号会員(病院又は診療所の管理者でない者を除く。)は、定款第6条第2項の規定に基づく入会金を納入しなければならない。	第4条　第2条第1項の第1号会員(病院又は診療所の管理者でない者を除く。)は、定款第8条第1項の規定に基づく入会金を納入しなければならない。	☆定款条文の変更に伴う条項の変更
2　前項の入会金の額は、毎年度代議員会においてこれを定める。	(削除)	☆定款で定めたので削除
3　入会金の納入は、・・・・・・	2　入会金の納入は、・・・・・・・	☆第2項の削除に伴う項の変更
4　既に納入した入会金は払い戻さない。	3　既に納入した入会金は払い戻さない。	☆上記と同じ
第3章　役員	(削除)	☆定款で規定したので削除
(常任理事及び専務理事)		
第5条　会長は、・・・・・	(削除)	
(常任理事及び専務理事の職務)		
第6条　常任理事は、・・・・・	(削除)	
第4章　代議員及び予備代議員	第3章　代議員及び予備代議員	☆第3章役員の削除に伴う変更
(定数)	(定数)	
第7条　代議員及び予備代議員の郡市医師会毎の定数は、会員50人までは1人とし、50人を超えるときは、50人又はその端数を増すごとに1人を加える。	第5条　代議員及び予備代議員の郡市医師会毎の定数は、会員50人までは1人とし、50人を超えるときは、50人又はその端数を増すごとに1人を加える。	
ただし、山口大学医師会は会員数にかかわらず、代議員及び予備代議員の数は5名を限度とする。	(削除)	☆内閣府留意事項Ⅱ3②に抵触するので削除

現　行	変　更　後	特記事項
(選出報告)	(選出報告)	
第8条　郡市医師会長は、前条の規定により選出された代議員及び予備代議員の氏名を選出の年の1月31日までに、様式第4号により会長に報告しなければならない。	第6条　郡市医師会長は、前条の規定により選出された代議員及び予備代議員の氏名を選出の年の3月31日までに、様式第4号により会長に報告しなければならない。	☆日本医師会代議員の選出時期に伴って変更
2　定款第21条第2項の補充選出については、選出の日から7日以内に報告するものとする。	2　定款第16条第3項の補充選出については、選出の日から7日以内に報告するものとする。	☆定款の変更に伴う条項の変更
(代議員会議案の送付)		
第9条　会長は、代議員会に付議する議案を、開催日の10日前までに、代議員及び予備代議員に送付するものとする。	(削除)	☆定款で規定したので削除
第5章　理事会の補助機関		
第10条　会長は、必要があるときは、理事会の議を経て補助機関として委員会及び部会を設置することができる。	(削除)	☆定款で規定したので削除
附則		
この改正規定は、平成18年10月26日から施行する。	附則	
	1　この規則は、定款附則1に規定する登記の日から施行する。	定款の施行日に合わせる。
	2　この規則施行前の社団法人山口県医師会定款施行規則は、これを廃止する。	現行規則の廃止

【諸様式の一部の改正】

○　様式第1号(入会申込書)中「私は、・・・定款第6条の規定により・・・・・」を「私は、・・・定款第7条第1項の規定により・・・・・」に改正する。

○　様式第2号(異動届出書)中「私は、・・・定款第8条の規定により・・・・・」を「私は、・・・定款第7条第3項の規定により・・・・・」に改正する。

○　様式第3条(退会届出書)中「私は、・・・定款第10条の規定により・・・・・」を「私は、・・・定款第7条第2項の規定により・・・・・」に改正する。

2　一般社団法人山口県医師会代議員会議事規則

現　行	変　更　後	特記事項
社団法人山口県医師会代議員会議事規則	**一般社団法人山口県医師会代議員会議事規則**	☆一般社団法人への移行に伴う変更
第1章　総則	第1章　総則	
(議長及び副議長)	(目的)	
第1条　議長は会議を主宰し、議場の秩序を保持する。副議長は議長を補佐し、議長に事故あるときは、その職務を代理する。	第1条　この規則は、定款第19条に規定する代議員会の議事運営について必要な事項について定める。	☆議長及び副議長の職務は、定款に規定しているので削除し、規則の目的を規定する。
第2章　議事運営委員会	第2章　議事運営委員会	
(議事運営委員会の設置)	(議事運営委員会の設置)	☆条文の見直し
第4条　議事の円滑な運営をはかるため、議事運営委員会(以下この章において「委員」という。)を設置する。	第4条　議事の円滑な運営をはかるため、議事運営委員会(以下この章において「委員会」という。)を設置する。	
2　委員の定数は8人とし、そのうち2人は議長、副議長とする。	2　委員会の委員の定数は8人とし、そのうち2人は議長、副議長とする。	
(委員の選任と任期)	(委員の選任と任期)	☆定款で選挙代議員会の規定を削除したので、議事運営委員の選任と任期を規定し直した。
第5条　委員の選任は、定款第27条第2項に規定する代議員会において行い、その任期は2年とする。	第5条　委員の選任は、定款第15条に規定する代議員就任の日から最初に開催される代議員会において行い、その任期は代議員としての任期による。	
(委員会の審議等)	(委員会の審議等)	
第28条　委員会の審議は、会議の付託した案件以外にわたることはできない。	第28条　委員会の審議は、会議の付託した案件以外にわたることはできない。	
2～3　(省略)	2～3　(省略)	
4　委員会の決議は、出席者の過半数をもってしなければならない。ただし、可否同数のときは、委員長がこれを決する。	4　委員会の決議は、出席者の過半数をもってしなければならない。~~ただし、可否同数のときは、委員長がこれを決する。~~	☆内閣府留意事項Ⅱ8に抵触するので削除
5　(省　略)	5　(省　略)	

現　行	変　更　後	特記事項
附則	附則	
この改正規則は、平成8年4月25日より施行する。	1　この規則は、定款附則1に規定する登記の日から施行する。	
	2　この規則施行前の社団法人山口県医師会代議員会議事規則は、廃止する。	

3　一般社団法人山口県医師会選挙規則

現　行	変　更　後	特記事項
社団法人山口県医師会選挙規則	**一般社団法人山口県医師会選挙規則**	☆一般社団法人への移行に伴う変更
第1章　総則	第1章　総則	
(趣旨)	(趣旨)	
第1条　本会の役員等の選挙は、定款に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。	第1条　本会の役員等の選挙は、定款に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。	
2　この規則による選挙は、次の各号に定める役員等の選挙とする。	2　この規則による選挙は、次の各号に定める役員等の選挙とする。	
一　定款第14条に規定する会長、副会長、理事及び監事	(1)　定款第32条第1項に規定する役員の選任及び同条第2項に規定する会長の選定	☆定款の規定に合わせる。
二　定款第32条に規定する代議員会の議長及び副議長	(2)　定款第21条第2項に規定する代議員会の議長及び副議長の選定	
三　定款第44条に規定する裁定委員	(3)　定款第51条に規定する裁定委員の選任	
四　定款第30条に規定する本会が選出する日本医師会の代議員及び予備代議員	(4)　定款第24条第1項(12)に規定する本会が選出する日本医師会の代議員及び予備代議員の選出	
(選挙の代議員会及び選挙人)	(選挙の代議員会及び選挙人)	
第2条　前条の選挙は、定款第27条第2項に規定する代議員会で行い、定款施行規則第8条によって報告された代議員をもって選挙人とする。	第2条　前条第2項の選挙は、定款第15条に規定する代議員の就任の日から最初に開催される代議員会において行い、定款施行規則第6条によって報告された代議員をもって選挙人とする。	☆定款の変更に合わせる。
(投票の方法)	(投票の方法)	
第11条　会長並びに代議員会議長及び副	第11条　理事及び監事の選任は、定数連	☆定款の変更に合わせ

現　行	変　更　後	特記事項
議長の選挙は、単記投票とし、会長以外の役員及び裁定委員並びに日本医師会の代議員及び予備代議員の選挙は、定数連記投票とする。	記投票とする。 2　会長並びに代議員会の議長及び副議長の選定は、単記投票とする。 3　裁定委員の選任並びに日本医師会の代議員及び予備代議員の選出は、定数連記投票とする。	る。
(会長の当選) 第22条　会長の選挙においては、・・・	(会長の当選) 第22条　会長の選定においては、・・・・	☆定款の変更に合わせる。
附則 1　この改正規定は、平成元年4月27日から施行する。	附則 1　この規則は、定款附則1に規定する登記の日から施行する。 2　この規則施行前の社団法人山口県医師会選挙規則は、廃止する。	

4　一般社団法人山口県医師会裁定委員会規則

現　行	変　更　後
山口県医師会裁定委員会規則	一般社団法人山口県医師会裁定委員会規則
第1章　総則	第1章　総則
(目的) 第1条　この規則は、定款第48条の規定に基づき、裁定委員会の運営に関して、必要な事項を定めることを目的とする。	(目的) 第1条　この規則は、定款第56条の規定に基づき、裁定委員会の運営に関して、必要な事項を定めることを目的とする。
附則 この規則は、昭和54年11月1日より施行する。 2　この規則施行前の山口県医師会裁定委員会規程は、これを廃止する。	附則 1　この規則は、定款附則1に規定する登記の日から施行する。 2　この規則施行前の社団法人山口県医師会裁定委員会規則は、廃止する。

5　一般社団法人山口県医師会会費賦課徴収規程

現　行	変　更　後	特記事項
社団法人山口県医師会会費賦課徴収規程	一般社団法人山口県医師会会費賦課徴収規程	☆一般社団法人への移行に伴う変更
(目的)	(目的)	☆定款条文の変更に伴う変更
第1条　この規程は定款第9条第2項の規定に基づき・・・・・・(以下省略)	第1条　この規程は、定款第8条第2項の規定に基づき・・・・・(以下省略)	
	附則 1　この規程は、定款附則1に規定する登記の日から施行する。 2　この規程施行前の社団法人山口県医師会会費賦課徴収規程は、廃止する。	

6　一般社団法人山口県医師会役員等報酬規程

現　行	変　更　後	特記事項
山口県医師会役員退職金支給規程	一般社団法人山口県医師会役員等報酬規程	☆一般社団法人への移行に伴う変更等
(目的) 第1条　この規程は、定款第14条に規定する本会役員の退職金支給について定めることを目的とする。	(目的) 第1条　この規程は、定款第28条に規定する役員並びに定款第21条に規定する代議員会の議長及び副議長の報酬の支給について定めることを目的とする。	☆役員等の報酬全般について規定する。
(支給対象) 第2条　退職金は、役員が退任したときに支給する。	(支給対象) 第2条　役員の報酬は、月額報酬、退職金及び特別功労金とする。 2　代議員会の議長及び副議長の報酬は、年額報酬とする。 3　会議等の出席に要する費用は、山口県医師会旅費規程により支給する。	☆法人法に規定する役員報酬(月額報酬、役員退職金及び特別功労金)とする。 ☆代議員会議長及び副議長についても規定する。
(支給基準) 第3条　退職金は、定款第14条及び定款施行規則第5条に定める役員の種別ごとに毎月支給された報酬額を基礎額として算定する。	(支給基準) 第3条　前条第1項の役員の月額報酬並びに同条第2項の議長及び副議長の報酬を合計した年間報酬総額については、代議員会において決議し、その総額を限度として支給するものとする。 2　前項の役員の月額報酬は、定款第28条に定める役員の種別ごとに代議員会において別に定める基準により毎月支給する。	☆年間総額及び支給基準は、代議員会決議事項
2　山口県医師国民健康保険組合(以下「医師国保組合」という。)の常務理事を兼ねる役員については、前項の報酬額には医師国保組合から支給された報酬額を合算するものとする。	(削　除)	☆他団体のことは、規定できない。理事会で決定する。
3　退職金の額は、第1項に規定する基礎額にその種別ごとの在任した月数を乗じて算出した額の合計額とする。	3　退職金の額は、前項に規定する月額報酬を基礎額として、その種別ごとの在任した月数を乗じて算出した額の合計額とする。	
附則 1　この改正規程は、平成14年4月1日から施行する。 2　施行日現在、引き続き役員である者に対しては、施行日の前日までの在任期間については改正前の額で支給する。	附則 1　この規程は、定款附則1に規定する登記の日から施行する。 2　この規程改正前の山口県医師会役員退職金支給規程(以下「旧規程」という)は、廃止する。 3　附則1に規定する施行日の前日から引き続き役員である者に対しては、施行日の前日までの在任期間について旧規程による退職金及び特別功労金を支給する。	

7　一般社団法人山口県医師会経理規程

現　行	変　更　後	特記事項
社団法人山口県医師会経理規程	一般社団法人山口県医師会経理規程	☆一般社団法人への移行に伴う変更
第1章　総則	第1章　総則	
(目的) 第1条　この規程は社団法人山口県医師会(以下本会という)の会計、経理に関する基本的事項を定めたものである。	(目的) 第1条　この規程は、一般社団法人山口県医師会(以下「本会」という。)の会計、経理に関する基本的事項を定めたものである。	☆定款条文の変更に伴う変更
(会計単位) 第2条　本会の経理を一般会計と特別会計に区分し、特別会計の設置には代議員会の議決を要する。	(会計単位) 第2条　本会の会計単位は、別表1に掲げる実施事業会計、収益事業等会計及び法人会計に区分して行なうものとする。 2　本会の会計は、法令、定款及び本規程の定めによるほか、公益法人会計基準(平成20年4月11日内閣府公益認定等委員会決定「以下「新会計基準」という。)に準拠して処理するものとする。	☆新会計基準による。 ☆特別会計は廃止する。
(会計年度) 第3条　本会の会計年度は、一般会計については毎年4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。	(事業年度) 第3条　本会の事業年度は、毎年4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。	☆法人法の事業年度に変更する。
(勘定科目) 第7条　勘定科目は別表の通りとする。	(勘定科目) 第7条　勘定科目は、別表2のとおり新会計基準により設定するものとする。 2　前項の科目は、理事会の決議により設定するものとする。	☆新会計基準により科目を設定する。
第6章　予算	第6章　予算	
(予算の編成) 第16条　(省略) 2　予算案は事業計画案、積算の内訳及び前年度の収支見込みを添付の上、理事会に提出してその承認を受け、代議員会の議決を得るものとする。 (以下、省略)	(予算の編成) 第16条　(省略) 2　予算案は事業計画案、積算の内訳及び前年度の収支見込みを添付の上、理事会に提出してその承認を受け、代議員会の承認を得るものとする。 (以下、省略)	☆定款の規定に合わせる。
(予算の変更) 第18条　次の事項は理事会の議決を経て会長がこれを行う。 一　同一大科目内に於ける各中科目、各小科目間予算の流用 二　予備費の使用	(予算の変更) 第18条　次の事項は理事会の議決を経て会長がこれを行う。 一　同一大科目内に於ける各中科目、各小科目間予算の流用 二　(削除)	☆新会計基準では、損益計算書になるので予備費がなくなる。
(予算の補正) 第19条　予期し難い事情の発生により	(予算の補正) 第19条　予期し難い事情の発生により	

現　　行	変　更　後	特記事項
予算の追加又は修正を行う必要を生じた場合は代議員会の議決を得なければならない。但し会費の増徴を伴わない予算の追加又は修正は理事会の議決を経て会長がこれを行うことができる。	予算の追加又は修正を行う必要を生じた場合は代議員会の承認を得なければならない。ただし会費の増徴を伴わない予算の追加又は修正は理事会の議決を経て会長がこれを行うことができる。	☆定款の規定に合わせる。
(年度末決算) 第21条　経理責任者は毎会計年度の末日をもって次の書類を作成し、理事会に提出しなければならない。 一　一般会計及び特別会計の収支決算見込書、貸借対照表及び財産目録 二　剰余金処分計算書 三　その他の付属書類	(年度末決算) 第21条　経理責任者は毎事業年度の末日をもって次の書類を作成し、理事会に提出しなければならない。 (1) 貸借対照表 (2) 損益計算書(正味財産増減計算書) (3) 貸借対照表及び損益計算書(正味財産増減計算書)の付属明細書 (4) その他必要な書類(財産目録等)	☆定款に合わせる。 ☆定款に合わせる。
第8章　監査	第8章　監査	
(監査) 第22条　監事は定款第16条第4項に定める業務を執行しその結果を書面をもって会長に報告するとともに代議員会に報告しなければならない。	(監査) 第22条　監事は定款第30条に定める業務を執行し、その結果を書面により会長に報告するとともに代議員会に報告しなければならない。	☆定款の条文に合わせる。
附則 この改正規定は、平成9年4月1日から施行する。	附則 1　この規程は、定款附則1に規定する登記の日から施行する。 2　この規程施行前の社団法人山口県医師会経理規程は、これを廃止する。	

資　料

一般社団法人 山口県医師会定款変更案

目　次

第1章　名称及び事務所(第1条－第2条)
第2章　目的及び事業(第3条－第4条)
第3章　会員(第5条－第13条)
第4章　代議員及び予備代議員(第14条-第18条)
第5章　代議員会(第19条－第27条)
第6章　役員(第28条－第38条)
第7章　理事会及び常任理事会(第39条-第44条)
第8章　山口県医学会(第45条－第49条)
第9章　裁定委員会(第50条－第56条)
第10章　委員会及び部会(第57条)
第11章　団体契約及び意見表明(第58条-第59条)
第12章　資産及び会計(第60条－第66条)
第13章　参与(第67条)
第14章　事務局(第68条)
第15章　雑則(第69条－第72条)
附　則

第1章　名称及び事務所

(名　称)

第1条　本会は、一般社団法人山口県医師会と称する。

(事務所)

第2条　本会は、主たる事務所を山口県山口市吉敷下東三丁目1番1号に置く。

第2章　目的及び事業

(目　的)

第3条　本会は、日本医師会及び郡市医師会(山口大学医師会を含み、以下「郡市医師会」という。)との連携のもと、医道の高揚、医学及び医術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、もって社会福祉を増進することを目的とする。

(事　業)

第4条　本会は、前条の目的を達成するため、次の各号に掲げる事業を行う。

(1)　医道の高揚に関する事項
(2)　医学教育の向上に関する事項
(3)　医学と関連科学との総合進歩に関する事項
(4)　医師の生涯研修に関する事項
(5)　医学、医療の国際交流に関する事項
(6)　公衆衛生の指導啓発に関する事項

(7)　地域医療の推進発展に関する事項
(8)　地域保健の向上に関する事項
(9)　保険医療の充実に関する事項
(10)　医事法規の整備に関する事項
(11)　医療施設の整備に関する事項
(12)　医業経営の安定、会員の福祉向上による国民の健康及び福祉の増進に関する事項
(13) 郡市医師会及び会員相互の連絡調整に関する事項
(14) その他本会の目的を達成するため必要な事項

2　前項の事業は、山口県において行うものとする。

3　第1項各号の事業を実施するために必要な事項は、別に定める。

第3章　会　員

(組　織)

第5条　本会は、医師をもって組織する。

(会員の資格及びその喪失)

第6条　本会会員は、本会の目的及び事業に賛同した郡市医師会の会員たるものとする。

2　本会会員が所属の郡市医師会の会員の資格を失ったときは、同時に、本会会員の資格を失うものとする。

3　前項の他、会員は次に掲げる事由によって会員の資格を失う。
(1) 第13条第1項(会員の制裁)の規定による除名
(2) 退会又は死亡

(入会、異動及び退会)

第7条　本会に入会しようとする者は、所属の郡市医師会を経て、本会に所定の届出をし、理事会の承認を得なければならない。

2　会員で退会しようとする者は、所属の郡市医師会を経て、本会に所定の届出をすることにより、任意にいつでも退会することができる。

3　会員でその届出事項に変更を生じた場合は、前2項と同様に、その届出をしなければならない。

4　本会を除名された者で再入会しようとするものについては、裁定委員会の審議裁定を経て、会長がその再入会を承認することができる。

5　第2項の規定にかかわらず、会長は、第13条第1項(会員の制裁)の審議にかかっている会員からの退会届出の受理を保留し、同項に基づく処分を行うことができる。郡市医師会において同項に準ずる手続の審議にかかっている会員についても同様とする。

(会費、入会金及び負担金)

第8条　会員は、本会所定の会費、入会金及び負担金を本会に納入しなければならない。

2　会費、入会金及び負担金の額並びにその徴収方法は、代議員会で定める。

3　特別の事情がある者に対しては、別に定めるところにより、その額を減免することができる。

(会員の本務)

第9条　会員は、医師の倫理を尊重し、社会の信頼と尊敬を得るように努めなければならない。

2　会員は、本会の定款を守り、その秩序を維持するように努めなければならない。

(会員の権利)

第10条　会員は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律(以下「法人法」という。)に規定された次に掲げる社員の権利を、代議員たる会員と同様に本会に対し行使することができる。
(1)　法人法第14条第2項の権利(定款の閲覧等)
(2)　法人法第32条第2項の権利(代議員名簿の閲覧等)
(3)　法人法第57条第4項の権利(代議員会の議事録の閲覧等)
(4)　法人法第50条第6項の権利(代議員の代理権証明書面等の閲覧等)
(5)　法人法第51条第4項及び第52条第5項の権利(議決権行使書面の閲覧等)
(6)　法人法第129条第3項の権利(計算書類等の閲覧等)
(7)　法人法第229条第2項の権利(清算法人の貸借対照表等の閲覧等)
(8)　法人法第246条第3項、第250条第3項及び第256条第3項の権利(合併契約等の閲覧等)

2　会員は、その業務上の権利を侵害され、又は名誉を毀損されたと認めたときは、その旨を

本会に書面をもって申告することができる。
3　前項の申告があったときは、会長は裁定委員会の裁定を経て、理事会に諮り、その結果を当該会員へ通知するものとする。

(報告、発表及び意見具申)
第 11 条　会員は、本会の目的及び事業に関して研究又は調査を行い、その結果を本会に報告し、発表することができるとともに、本会の目的及び事業について意見を具申することができる。

(表　彰)
第 12 条　本会のために著しい功績をあげた者に対しては、別に定めるところにより、表彰することができる。

(会員の制裁)
第 13 条　会長は、会員について次の各号の 1 に該当するか、又はその他正当な事由があると認めるときは、裁定委員会の審議裁定を経て、戒告又は除名の処分をすることができる。
(1)　医師の倫理に違反し、会員としての名誉又は本会の名誉を毀損した者
(2)　本会の定款に違反し、又は本会の秩序を著しく乱した者
2　前項の規定により戒告又は除名の処分をしたときは、会長は、当該会員に対しその旨通知するとともに、その氏名及び処分事由の概要を、所属の郡市医師会に通知しなければならない。
3　第 1 項の規定にかかわらず、代議員の資格の喪失については､第 18 条第 2 項をもって行う。

第 4 章　代議員及び予備代議員

(代議員の員数その他)
第 14 条　本会に、代議員を置く。その員数は、別に定める基準により、概ね会員 50 名につき 1 名の割合をもって選出する。
2　前項の代議員をもって法人法上の社員とする。
3　代議員は、本会の役員及び裁定委員を兼ねることができない。

(代議員の任期)
第 15 条　代議員の任期は、選出後最初に到来する 5 月 1 日より 2 年間とする。
2　前項の規定にかかわらず、任期満了時において、代議員が代議員会決議取消しの訴え、解散の訴え、責任追及の訴え及び役員解任の訴え (法人法第 266 条第 1 項、第 268 条、第 278 条、第 284 条) を提起している場合 (法人法第 278 条第 1 項に規定する訴えの提起の請求をしている場合を含む。) には、当該訴訟が終結するまでの間、当該代議員は上記訴えに関する限りにおいて社員たる地位を失わない (当該代議員は、代議員会において解散以外の事項については議決権を有しないこととする。)。
3　代議員の任期が満了しても、後任者が選任されるまでは、代議員は、引き続きその職務を行わなければならない。

(代議員の選出)
第 16 条　代議員を選出するため、別に定めるところにより、郡市医師会の社員総会において選挙を行う。理事又は理事会は、代議員を選出することはできない。
2　前項の選挙において、会員は等しく選挙権及び被選挙権を有する。
3　代議員に欠員を生じたときは、別に定めるところにより、当該郡市医師会は、後任の代議員の選出を行うものとする。
4　後任として選出された代議員の任期は、前任者の残任期間とする。
5　郡市医師会会員のうち、本会の会員でない者は、本会代議員選出についての議決権を有しない。

(予備代議員)
第 17 条　代議員に事故があるときに備えて、予備代議員を置く。
2　代議員に事故があるときは、予備代議員に議決権を代理行使させることができる。
3　第 14 条第 1 項及び第 3 項 (代議員の員数その他)、第 15 条第 1 項及び第 3 項 (代議員の任期)、第 16 条 (代議員の選出) 並びに第 18 条 (代議員の資格の喪失) の規定は、予備代議員について、準用する。

(代議員の資格の喪失)
第 18 条　代議員は、辞任届を提出することにより、任意にいつでも代議員を辞任することが

できる。
2　代議員会は、正当な事由があると認められる場合には、総代議員の 3 分の 2 以上の多数による決議により、代議員の資格を喪失させることができる。この場合、その代議員に対し、代議員会の 1 週間前までに、理由を付して資格喪失に関する議案の内容を通知し、代議員会において弁明の機会を与えなければならない。
3　前各項の他、代議員は、次に掲げる事由によって代議員の資格を失う。
(1) 第 6 条第 2 項又は同条第 3 項第 2 号の規定による会員資格の喪失
(2) すべての代議員の同意

第 5 章　代議員会

(代議員会)
第 19 条　代議員会は、代議員をもって組織し、理事会の決議に基づき、会長が招集する。
2　代議員会を法人法上の社員総会とする。

(定例代議員会及び臨時代議員会)
第 20 条　代議員会は、定例代議員会及び臨時代議員会の 2 種とする。
2　定例代議員会は、年 1 回 6 月に招集する。ただし、必要がある場合は、招集月を変更することができる。
3　臨時代議員会は、理事会の決議を経て、会長が招集する。ただし、5 分の 1 以上の代議員から、会議の目的である事項及びその理由を記載した書面をもって、臨時代議員会招集の請求があったときは、会長は、当該請求があった日から 6 週間以内の日を臨時代議員会の日とする臨時代議員会を招集しなければならない。
4　代議員会を招集するには、会議の目的である事項、日時及び場所その他法令で定める事項を記載した書面による通知を開催日の 1 週間前までに代議員に発しなければならない。

(代議員会の議長及び副議長の選定)
第 21 条　代議員会に、議長及び副議長各 1 名を置く。
2　議長及び副議長は、代議員会において、代議員の中から選定する。
3　議長及び副議長の任期は、それぞれの代議員としての任期による。

(議長及び副議長の職務)
第 22 条　代議員会の議長は、議場の秩序を保持し、議事を整理し、会議を主宰する。
2　副議長は、議長を補佐し、議長に事故があるときはその職務を代理し、議長が欠けたときはその職務を行う。

(議長又は副議長の後任者の選定)
第 23 条　議長又は副議長が欠けたときは、その後任者を選定しなければならない。

(代議員会の任務)
第 24 条　代議員会は、次に掲げる事項を決議する。
(1)　決算に関する事項
(2)　会費、入会金及び負担金の賦課徴収並びに減免に関する事項
(3)　代議員の資格の喪失
(4)　理事及び監事の選任並びに解任
(5)　会長の選定及び解職
(6)　事業計画書及び収支予算書の承認
(7)　理事及び監事の報酬等の額
(8)　定款の変更に関する事項
(9)　本会の解散に関する事項
(10)　借入金 (年度内に償還する借入金を除く。) の決定
(11)　重要な財産の造成、管理方法及び処分
(12)　日本医師会の代議員及び予備代議員の選出
(13)　理事会が付議した事項
(14)　その他代議員会で決議するものとして法令又はこの定款で定められた事項
2　代議員会において、会長は、次に掲げる事項を報告する。
(1)　第 63 条第 2 項に定める事業報告
(2)　その他必要な会務報告
3　会長は、代議員会において議決された事項を速やかに、第 71 条により電子公告を行う。

(代議員会の定足数及び決議)
第 25 条　代議員会は、代議員の過半数の出席がなければ、議事を開き決議することができない。
2　代議員会の議事は、出席代議員の過半数でこれを決する。
3　前項の規定にかかわらず、次の決議は総代議員の 3 分の 2 以上に当たる多数をもって行う。
(1)　代議員の資格の喪失

(2)　監事の解任
(3)　定款の変更
(4)　解散
(5)　その他法令で定められた事項

(代議員会への出席発言)
第 26 条　役員は、代議員会に出席して、代議員から特定の事項について説明を求められた場合には、当該事項について、必要な説明をしなければならない。ただし、当該事項が代議員会の目的である事項に関しないものである場合、その説明をすることにより代議員の共同の利益を著しく害する場合その他正当な理由がある場合として、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律施行規則で定める場合には、この限りでない。

(代議員会の議事規則)
第 27 条　代議員会の議事に関して必要な事項は、代議員会の決議を経て、別に定める。

第 6 章　役員

(役　員)
第 28 条　本会に、次の役員を置く。
(1)　理　事　17 名以内
(2)　監　事　3 名以内
2　理事のうち、1 名は山口大学医師会が推薦した者とする。
3　理事のうち、1 名を会長、2 名を副会長、7 名以内を常任理事とする。
4　会長は、常任理事のうち 1 名を専務理事として指名することができる。
5　会長をもって法人法上の代表理事とし、副会長及び常任理事をもって法人法第 91 条第 1 項第 2 号の業務執行理事とする。

(理事の職務)
第 29 条　理事は、理事会を構成し、法令及びこの定款で定めるところにより、職務を執行する。
2　会長は、本会を代表し、業務を執行する。
3　副会長は、会長を補佐し、業務を執行する。
4　専務理事及び常任理事は、理事会の決議により、分担して業務を執行する。
5　会長が欠けたとき又は会長に事故があるときは、副会長は、あらかじめ理事会の決議により定めた順位により、会長の職務を代行する。
6　会長及び副会長が欠けたとき又は会長及び副会長に事故があるときは、常任理事は、あらかじめ理事会の決議で定めた順位により、会長の職務 (本会を代表するものを除く。) を代行する。

(監事の職務)
第 30 条　監事は、理事の職務の執行を監査する。監事は、監査報告書を作成しなければならない。
2　監事は、いつでも理事及び使用人に対して事業の報告を求め、又は本会の業務及び財産の状況の調査をすることができる。
3　監事は、理事会に出席し、必要があると認めるときは、意見を述べなければならない。

(役員の任期)
第 31 条　理事及び監事の任期は、選任後 2 年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定例代議員会の終結の時までとする。
2　理事又は監事は、法令に定める定数に足りなくなるときは、任期の満了又は辞任により退任した後も、新たに選任された者が就任するまで、なお理事又は監事としての権利義務を有する。

(役員の選任)
第 32 条　理事及び監事は、別に定めるところにより、本会会員の中から、代議員会の決議によって選任する。
2　代議員会は、会長を選定及び解職する。
3　副会長及び常任理事は、会長が指名し、理事会において選定する。また、理事会は、副会長及び常任理事を解職することができる。
4　専務理事を置く場合は、会長が指名し、理事会において選定する。

(役員の補欠の選任)
第 33 条　理事又は監事が任期途中で退任したときは、なるべくすみやかに、補欠の選任を行うものとする。
2　前項により選任された理事又は監事の任期は、前任者の残任期間とする。

(役員の親族等割合の制限)
第 34 条　本会の理事のうちには、理事のいずれか 1 人及びその親族その他特殊の関係がある

者の合計数が、理事総数の 3 分の 1 を超えて含まれてはならない。
2　本会の監事には、本会の理事 (親族その他特殊の関係がある者を含む。) 及び本会の使用人が含まれてはならない。また、各監事は、相互に親族その他特殊の関係があってはならない。

(役員の解任)
第 35 条　理事及び監事は、代議員会の決議によって解任することができる。

(役員の報酬)
第 36 条　理事及び監事に対して、代議員会において定める総額の範囲内で、代議員会において別に定める報酬等の支給の基準に従って算定した額を報酬等として支給することができる。

(役員の責任免除)
第 37 条　理事及び監事は、その任務を怠ったときは、本会に対し、これによって生じた損害を賠償する責任を負い、法人法第 112 条の規定にかかわらず、この責任は、すべての会員の同意がなければ、免除することができない。
2　前項の規定にかかわらず、当該理事及び監事が善意でかつ重大な過失がない場合には、本会は、法人法第 114 条第 1 項の規定により、任務を怠ったことによる理事及び監事 (理事及び監事であった者を含む。) の損害賠償責任を法令の限度において理事会の決議によって免除することができる。

(顧　問)
第 38 条　本会に、顧問を置くことができる。
2　顧問は、代議員会の決議を経て、会長が委嘱する。
3　顧問の任期は、役員の任期による。
4　顧問は、次の職務を行う。
(1)　会長の相談に応じること
(2)　理事会から諮問された事項について参考意見を述べること

第 7 章　理事会及び常任理事会

(理事会)
第 39 条　本会に理事会を置く。
2　理事会は、理事をもって組織し、会長が招集し、その議長となる。
3　会長以外の理事から会議の目的である事項を記載した書面をもって会長に招集の請求をした場合において、その請求があった日から 5 日以内に、その請求があった日から 2 週間以内の日を理事会の日とする理事会の招集の通知が発せられない場合には、その請求をした理事は、理事会を招集することができる。
4　会長が欠けたとき又は会長に事故があるときは、各理事が理事会を招集する。
5　理事会の決議は、議決に加わることができる理事の過半数が出席し、その過半数をもって行う。

(理事会の任務)
第 40 条　理事会は、次の職務を行う。
(1)　本会の業務執行の決定
(2)　理事の職務の執行の監督
(3)　副会長、専務理事及び常任理事の選定並びに解職
2　理事会は、次に掲げる事項その他の重要な業務執行の決定を、理事に委任することができない。
(1)　重要な財産の処分及び譲受け
(2)　多額の借財
(3)　重要な使用人の選任及び解任
(4)　従たる事務所その他重要な組織の設置、変更及び廃止
(5)　内部管理体制の整備 (理事の職務の執行が法令及び定款に適合することを確保するための体制その他本会の業務の適正を確保するために必要な法令で定める体制の整備)
(6)　法人法第 114 条第 1 項の規定による定款の定めに基づく法人法第 111 条第 1 項の責任の免除
3　理事が理事会の決議の目的である事項について提案をした場合において、当該提案につき議決に加わることができる理事の全員が書面又は電磁的記録により同意の意思表示をしたときは、当該提案を可決する旨の理事会の決議があったものとみなす。ただし、監事が異議を述べた場合は、この限りでない。

(常任理事会)
第 41 条　本会に常任理事会を置く。
2　常任理事会は、会長、副会長及び常任理事をもって組織し、会長が招集し、その議長となる。
3　会長が欠けたとき又は会長に事故があるとき

は、副会長又は常任理事が常任理事会を招集する。
4　常任理事会は、理事会又は会長より付議された事項及び業務を執行するにあたって必要な事項の決定を行う。
5　常任理事会の決議は、議決に加わることができる会長、副会長及び常任理事の過半数が出席し、その過半数をもって行う。

(理事会への報告の省略)
第42条　理事又は監事が理事及び監事の全員に対して理事会に報告すべき事項を通知したときは、当該事項を理事会へ報告することを要しない。ただし、法人法第91条第2項の報告については、この限りでない。

(理事会への出席発言)
第43条　代議員会の議長及び副議長は、理事会に出席して、意見を述べることができる。

(議事録)
第44条　理事会の議事については、法令で定めるところにより議事録を作成し、出席した会長及び監事は、これに署名・押印しなければならない。

第8章　山口県医学会

(学　会)
第45条　本会に、山口県医学会(以下「学会」という。)を置く。

(目　的)
第46条　学会は、医学に関する科学及び技術の研究促進を図り、医学及び医療の水準の向上に寄与することを目的とする。

(構　成)
第47条　学会に、学会長及び必要な役員を置く。
2　学会長は会長がこれを兼ね、学会役員は会長がこれを委嘱する。
3　本会の会員は学会員とする。
4　本会の会員以外の医師で、学会長の承認を得た場合は、賛助会員となることができる。

(事　業)
第48条　学会は、第46条の目的を達成するため、次の各号に掲げる事業を行う。
(1)　山口県医学会総会の開催
(2)　医学及び医療に関する情報の収集と伝達
(3)　その他学会の目的達成上必要な事業

(地方学会及び専門分科会)
第49条　学会は2つ以上の郡市医師会が連合して行う地方学会又は専門分科会を置くことができる。

第9章　裁定委員会

(裁定委員会)
第50条　本会に、裁定委員会を置く。
2　裁定委員会は、11名の裁定委員をもって組織する。

(裁定委員の選任)
第51条　裁定委員は、本会会員の中から、代議員会において選任する。

(裁定委員の任期)
第52条　裁定委員の任期は、第31条第1項(役員の任期)の規定を準用する。
2　任期の満了又は辞任により退任した裁定委員は、後任者が選任されるまでは、引き続きその職務を行うものとする。

(裁定委員の兼職禁止)
第53条　裁定委員は、本会の役員及び代議員(予備代議員を含む。)並びに郡市医師会の役員及び裁定に関する委員を兼ねることができない。

(身分に関する裁定)
第54条　裁定委員会は、次の各号に掲げる事項について、審議しその裁定を行う。
(1)　第7条第4項(除名者の再入会)の規定による会員の再入会に関する事項
(2)　第13条第1項(会員の制裁)に規定する会員の制裁に関する事項
(3)　会員の身分又は権利義務についての疑義に関する事項
2　前項の裁定を行うにあたっては、当該会員の所属する郡市医師会長並びに当該会員に対して、弁明の機会を与えなければならない。

3　裁定委員会の裁定に不服がある場合は、日本医師会の裁定委員会に提訴することができる。

(紛議に関する調停)
第 55 条　裁定委員会は、次の各号に掲げる事項について、審議しその調停を行う。
(1)　会員相互間その他の紛議に関する事項
(2)　郡市医師会相互間の紛議に関する事項
2　前項第 1 号の場合においては、会員の所属する郡市医師会の意見を聞かなければならない。
3　第 1 項第 2 号の場合においては、当該郡市医師会から調停を依頼された場合に限るものとする。

(裁定委員会に関する規則)
第 56 条　裁定委員会に関して必要な事項は、代議員会の決議を経て、別に定める。

第 10 章　委員会及び部会

(委員会の設置)
第 57 条　会長又は代議員会は、特に必要があると認める場合には、委員会及び部会を設置することができる。
2　委員会及び部会に関して必要な事項は、理事会の決議を経て、別に定める。ただし、代議員会が設置する委員会に関しては、代議員会の決議を経て、別に定める。

第 11 章　団体契約及び意見表明

(団体契約)
第 58 条　本会は、社会福祉、社会保険及び公衆衛生上必要な事項について、団体契約を締結することができる。

(行政庁等に対する意見表明)
第 59 条　本会は、第 3 条の目的達成のために必要があると認めるときは、行政庁その他の関係者に対して意見を述べることができる。

第 12 章　資産及び会計

(本会の経費)
第 60 条　本会の経費は、会費、入会金、負担金、補助金、寄附金その他の収入金をもって充当する。

(事業年度)
第 61 条　本会の事業年度は、毎年 4 月 1 日に始まり、翌年 3 月 31 日に終わる。

(事業計画及び収支予算)
第 62 条　会長は、毎事業年度の開始の日の前日までに、事業計画書及び収支予算書を作成し、理事会の承認を経なければならない。これを変更する場合も、同様とする。
2　前項の書類は、理事会の承認を経た後、代議員会に報告し、承認を得るものとする。
3　第 1 項の書類は、当該事業年度が終了するまでの間、主たる事務所に備え置くものとする。

(事業報告及び決算)
第 63 条　本会の事業報告及び決算については、毎事業年度終了後、会長が次の書類を作成し、監事の監査を受けた上で、理事会の承認を受けなければならない。
(1)　事業報告
(2)　事業報告の附属明細書
(3)　貸借対照表
(4)　損益計算書 (正味財産増減計算書)
(5)　貸借対照表及び損益計算書 (正味財産増減計算書) の附属明細書
2　前項の承認を受けた書類のうち、第 1 号の書類については、定例代議員会にその内容を報告し、第 3 号及び第 4 号の書類については、定例代議員会の承認を受けなければならない。
3　第 1 項の書類の他、監査報告を主たる事務所に 5 年間備え置くとともに、定款、代議員名簿を主たる事務所に備え置くものとする。
4　貸借対照表は、定例代議員会終結後、遅滞なく公告しなければならない。

(剰余金の分配の禁止)
第 64 条　本会は、剰余金の分配を行うことができない。

(財産の管理責任)
第 65 条　本会の財産は、会長が管理する。

(会計の規程等)
第 66 条　会計に関して必要な事項は、別に定める。

第 13 章　参　与

(参　与)
第 67 条　本会に、理事会の決議を経て、参与を

置くことができる。
2　参与は、会長の定めるところにより、専門的事項について会務に参画する。
3　参与は、会長が委嘱し、その任期は、会長の任期による。

第14章　事務局

(事務局)
第68条　本会に、事務局を置く。
2　本会に、理事会の決議を経て、事務局長を置く。
3　本会の事務局の職制に関して必要な事項は、理事会の決議を経て、会長が定める。

第15章　雑　則

(残余財産の帰属)
第69条　本会が解散等により清算をする場合において、残余財産があるときは、その残余財産は代議員会の決議を経て、国若しくは地方公共団体又は公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律第5条第17号に掲げる法人に贈与するものとする。

(定款施行規則)
第70条　定款の施行に関して必要な事項は、代議員会の決議を経て、別に施行規則で定める。

(公　告)
第71条　本会の公告は、電子公告により行う。
2　前項の規定にかかわらず、本会の貸借対照表の公告は、定例代議員会の終結の日後5年を経過する日までの間、継続してインターネットに接続された自動公衆送信装置を使用する方法によって、貸借対照表である情報を不特定多数の者が提供を受けることができる状態に置く措置によって行う。

(委　任)
第72条　この定款に定めるもののほか、本会の運営に必要な事項は、理事会の決議により別に定める。

附　則

(施行期日)
1　この定款は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律(以下「整備法」という。)第121条第1項において読み替えて準用する同法第106条第1項に定める一般法人の設立の登記の日から施行する。

(代議員及び予備代議員に関する経過措置)
2　この定款施行の際、現に代議員及び予備代議員の職にある者は、改正後の定款の規定に基づき、郡市医師会において、それぞれ選出されたものとみなす。ただし、その任期は、それぞれ従前の任期によるものとする。

(代議員会の議長及び副議長に関する経過措置)
3　この定款施行の際、現に代議員会の議長及び副議長の職にある者は、改正後の定款の規定に基づき、代議員会において、それぞれ選定されたものとみなす。ただし、その任期は、それぞれ従前の任期によるものとする。

(会長等に関する措置)
4　本会の設立登記日現在の会長等は、次に掲げる者とし、その任期は、平成26年3月31日までの事業年度に係る定例代議員会の終結の時までとする。

会　長　○○　○○
副会長　○○　○○
副会長　○○　○○
理　事　○○　○○

(監事に対する措置)
5　本会の設立登記日現在の監事の任期は、平成26年3月31日までの事業年度に係る定例代議員会の終結の時までとする。

(事業年度に関する経過措置)
6　整備法第106条第1項に定める特例民法法人の解散の登記と、公益法人の設立の登記を行ったときは、第62条(事業年度)の規定にかかわらず、解散の登記の日の前日を事業年度の末日とし、設立の登記の日を事業年度の開始日とする。

平成 23 年度第 3 回山口県医師互助会支部長会

と　き　平成 23 年 10 月 13 日（木）16：05 ～ 16：20
ところ　山口県医師会　6F 会議室

開会挨拶

木下会長　本日は、大変お忙しい中、ご出席いただき誠にありがとうございます。

山口県医師互助会事業は、医師会の会員福祉事業として昭和 31 年 4 月発足以来、本年で約 55 年になりますが、8 月 11 日に開催いたしました支部長会で方針決定いただきましたように、この度の新公益法人制度及び保険業法の改正に伴い、本年度をもって廃止することになりました。

この事業廃止についての方針は、全互助会員の皆様に文書でお知らせいたしました。会員の皆様からは、特にご意見、お問い合わせもなく、ご理解いただけたものと考えております。

本日は、事業廃止に向けた具体的な進め方について、3 つの議案を提出させていただきました。ご審議をお願いします。

なお、事業廃止等については、10 月 27 日の定例代議員会にもお諮りし、承認をいただくことにしています。

議案審議

慣例により会議の議長は会長が務め、次の 3 議案を審議し、いずれも全員賛成で可決された。

議案第 1 号

山口県医師互助会事業の廃止について

山口県医師会が自主共済として実施している医師互助会事業は、改正保険業法の一部改正により新公益法人制度へ移行後は同法の規制対象となるが、この法による規制に対応できないため、平成 23 年度をもって互助会事業を廃止する。

廃止する事業は、災害見舞金、弔慰金、傷病見舞金、医事紛争対策援助金の 4 事業であるが、傷病見舞金については、平成 24 年 3 月 31 日までに生じた給付事案について、平成 24 年 4 月 1 日以降も給付期間が終了するまで給付を行う。

会費の還付については、事業の廃止により、会員に還付する。

残余資産については、事業清算後、残余資産が生じた場合は、会員の福祉事業に充てることにする。

平成 24 年 2 月末で仮決算を行い、事業や決算の状況を把握したうえで会費の還付時期等を決定する。

出席者

支部長

大島郡　嶋元　徹
玖珂郡　吉岡　春紀
熊毛郡　向井　康祐
吉　南　田邉　完
厚狭郡　河村　芳高
美祢郡　吉崎　美樹
下関市　石川　豊(代理)
宇部市　猪熊　哲彦
山口市　斎藤　永
萩　市　八木田真光
徳　山　岡本冨士昭
防　府　水津　信之
下　松　秀浦信太郎
岩国市　小林　元壯
小野田市　砂川　功
光　市　松村壽太郎
柳　井　前濱　修爾
長門市　川上　俊文
美祢市　山本　一誠

県医師会

会　長　木下　敬介
副会長　吉本　正博
専務理事　杉山　知行
常任理事　弘山　直滋
常任理事　田中　豊秋
理　事　河村　康明
理　事　茶川　治樹
理　事　山縣　三紀
理　事　林　弘人
監　事　山本　貞壽
監　事　武内　節夫
監　事　藤野　俊夫

議案第 3 号

平成 23 年度山口県医師互助会補正予算

収入の部　（単位：千円）

科　目	当初予算	補正額	補正後予算	備考
Ⅰ　会費収入	42,840	0	42,840	
Ⅱ　雑　収　入	51	0	51	
Ⅲ　貸与金戻り収入	2,000	0	2,000	
Ⅳ　特定預金取崩収入	2	133,999	134,001	
当期収入合計	44,893	133,999	178,892	
前期繰越収支差額	55,530	0	55,530	
収入合計	100,423	133,999	234,422	

支出の部

科　目	当初予算	補正額	補正後予算	備考
Ⅰ　事　業　費	49,000	165,000	214,000	
Ⅱ　管　理　費	5,859	0	5,859	
Ⅲ　貸与金支出	2,000	0	2,000	
Ⅳ　特定預金支出	6,001	0	6,001	
Ⅴ　予　備　費	37,563	△ 31,001	6,562	
当期支出合計	100,423	133,999	234,422	
次期繰越収支差額	0	0	0	

一人当たりの還付会費は、「年還付額×在会年数」に平成 23 年度に納入いただいた会費の半額を加えたものである。

年還付額は、在会年数 1 年につき、5,000 円となる。

在会年数の算定は、傷病見舞金や退会金の発足など、現在の事業形態となった昭和 42 年 4 月以降から行うが、1 年未満の端数は切り捨てるものとする。

なお、既に給付を受けた方や、現在給付を受けている方も還付の対象とする。

還付の対象者は、2 月末の在会者とし、互助会費未納者は、還付金から差引きさせていただく。会費減免者は、減免した年数は在会年数に算入しないこととする。

還付の方法は、原則として口座振り込みを考えているのでよろしくお願いする。

議案第 2 号

山口県医師互助会会則の改正について

前述の事業廃止等に伴う所要の改正を行う。

議案第 3 号

平成 23 年度山口県医師互助会補正予算について

事業廃止等に伴う所要の予算の補正を行う。

平成 23 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

メインテーマ
「勤務医の働き方と生きがい (よりよい就労環境を求めて)」

と　き　平成 23 年 10 月 29 日（土）10：00 ～
ところ　ANA クラウンプラザホテル富山　3F「 鳳の間」(富山市)

富山県医師会勤務医部会の三崎拓郎部会長より開会が宣言され、原中勝征日本医師会会長 (横倉副会長が代読) 並びに岩城勝英富山県医師会長の挨拶、石井隆一富山県知事並びに森雅志富山市長の来賓祝辞が行われた。続いて特別講演 2 題、報告 2 題、基調講演とパネルディスカッションが行われた。

特別講演 2 ののち次期担当県となる久野梧郎愛媛県医師会長が挨拶され、また、会の最後には富山宣言が採択された。

[報告：理事　城甲　啓治]

特別講演 1
日本医師会の医療政策について

日本医師会副会長　横倉義武

現在の日本医師会の周囲では、日々何らかの問題が起こっている。その中で以下についての講演があった。

- 東日本大震災への対応
- 前回診療報酬改定の影響と今後の課題
- 「税と社会保障一体改革」への意見
- 医師養成と質の保証
- 勤務・生活環境の改善への取り組み

東日本大震災

災害直後から全国から多数の DMAT が集結して、迅速に活動を開始した。しかし、今回の災害は津波によるものが多く、DMAT の仕事は早い時期に終了した。そこで日本医師会としては、未だ計画中であった JMAT への参加を全国の医師に呼びかけた。この呼びかけに応じて 1384 チームの派遣をした。薬剤師会や看護協会の協力もありがたかった。7 月 15 日をもって JMAT の活動は終了し、16 日以降は地域医療支援を目的とした JMAT Ⅱ 160 チームが派遣されている。

前回診療報酬改定の影響と今後の課題

日本の医療は国民皆保険体制、現物給付、フリーアクセスの三本の柱から成り立っている。国民皆保険制度が始まって 50 年経つ。50 年も経つと、国民にとって、あって当然、空気のようなものとなっている。財源別構成割合では 2009 年では、家計負担が 42.2％、国庫 25.3％、事業主 20.3％、地方 12.1％と 2000 年以降事業主負担の減少と地方負担の増加が目立ってきている。対 GDP 総医療費は 2011 年では OECD34 か国中 24 位と低い値になっている。患者一部負担割合も、ドイツの四半期当たり 10 ユーロ、イギリス、カナダ、イタリアなどの薬剤一部負担、フランスの実質無料に比べて明らかに高くなっている。

平成 22 年度診療報酬改定の影響は、医療費の推移でみると 2010 年度は対前年比 +3.9％であっ

た。診療行為別の医療費の伸びをみると、病院では 10％前後の伸びを示しているのに対し、診療所では 3 ～ 5％の伸びに留まっている。病床規模別でみてみると 500 床以上の病院で伸びが顕著である。外来収入も大学病院の伸びが目立つ。大病院偏重の改定であったと言わざるをえない。次回改定への課題としては、前回の改定で改善されなかった診療所、中小病院をはじめとする地域医療機関への配慮及び特定機能病院、地域医療支援病院等の役割の明確化と見直しがある。今後は在宅医療と地域連携が大きな課題となってくる。24 年度改定に向け、厚生労働省は 16 項目の提案を出している。日本医師会は診療報酬是正の要望として、再診料及び地域医療貢献加算の見直し以下 14 項目にわたる要望を提出している。

「社会保障・税一体改革成案」について

7 月 1 日に閣議報告された「社会保障・税一体改革成案」で、受診時定額負担の導入が示されたが、日本医師会は断固反対する。高額医療費のあり方を見直し、患者負担を軽減することには賛成であるが、その財源は、幅広く保険料や税財源に求めるべきである。世界的にみても高い患者負担はこれ以上引き上げてはいけない。

日本医師会は保険料の見直しについて、①被用者保険の保険料率を、最も高い協会けんぽの水準に引き上げ公平化すること、②国民健康保険の賦課限度額、被用者保険の標準報酬月額の上限を引き上げ、高額所得者に応分の負担を求めること、③低所得者や高齢者の負担軽減に配慮すること、④日本医師会は公的医療保険の全国一本化を提案しているが、それまでの間、保険料の見直しを通じて確保した財源により、保険者の財政調整、特に財政基盤の弱い保険者を支援することを提言している。

医師養成、医療の質の保証をどう作るか

医学部入学定員は 2007 年度を基準とすると 2010 年度には 1,221 人増加している。これは新設医科大学の定員を 100 人とすると 12 大学分に相当する。初期臨床研修制度は医学教育・研修教育システムを飛躍的に発展させた。しかし、その一方で深刻な地域医療提供体制問題を加速した。また、危機的、使命感の欠如した医師の増加に拍車をかけた。医学教育の見直しとして臨床実習の質の改善、医師国家試験を実技重視型へ変えることを提言している。専門医制度にもいろいろな問題点があり混乱が生じている。日本医学会傘下の学会の専門医においても、会員数に対する専門医の比率の差、認定基準等調整が必要な事が多数ある。また日本医師会生涯教育制度との関係、総合医との関係など、曖昧な部分が残されている。

医師の勤務・生活環境の支援

平成 20 年、勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会を発足し「勤務医の健康の現状と支援の在り方に関するアンケート調査」を実施した。この結果として、勤務医の就業環境や生活習慣には改善の余地がある。医師自身の意識改革も必要であるが、医療機関としての組織的な取り組みが求められる。医療機関においては産業医活動を活性化させる必要がある。それらのことから「医師が元気に働くための 7 カ条」「勤務医の健康を守る病院 7 カ条」を日本医師会会員及び関係団体に配付した。産業医活動の活性化の目的で「医師の職場環境改善のワークショップ研修」を行い、今後各都道府県でも開催していく。

[報告：常任理事　田中　豊秋]

特別講演 2

「勤務医の処遇改善」

独立行政法人国立がん研究センター理事長・総長・中央病院長 / 山形大学医学部脳神経外科教授　嘉山孝正

勤務医の処遇改善が世間に大きく取り上げられるようになって、十年前後が経過している。地方だけでなく都市でも勤務医が立ち去り、小児科医療や救急医療、産科医療ができない地域や都会の病院が出現、すなわち、医療崩壊が出現し、それにともなって、勤務医の処遇が問題化された。しかし、この十年間で多少の変化はあったが、勤務医の勤務状況が大きく改善したとは言いがたい。したがって、医療崩壊も相変わらず進行していると言える。医療崩壊はマスコミに取り上げられないだけであって、地方や一部の都市部の病院だけではなく現実には現在も全国的に崩壊へと進行している。

医療崩壊の原因が種々あるが、①医師数の絶対的不足、②医師の仕事量の過重、③社会的地位の低下等が上げられる。①、②は医療制度で改善できるもので、③は社会、特にマスコミの無理解や個人の権利の主張の行き過ぎによるもので、社会を変えればこれも解決できる。勤務医の処遇改善を考慮するときには、①、②とともに③も同時に対処する必要がある。

①、②の問題は日本以外の国が行っているように、アクセスを制限すれば問題は片付く。しかし、日本の医療レベルが世界一と世界保健機関(WHO) が認定しているのはこの医療のフリーアクセス制度が大きく貢献していることを考慮すると、改革する意味がなくなるので現実には困難だと考える。したがって、フリーアクセス制度を保ちながら、①、②の問題を解消する方法を探ることになる。①は結局②の問題になるので、②を解決しようとすると、医師が医師でなければできない仕事を減少するよう管理者は考えなければならない。また、同時に医師の配置の偏在もこの問題に関係している。ハイリスク、ローリターンの科の医師数が足りないのである。したがって、当面はこれらの医師たちのモチベーションを保つことが急務となる。

③の問題は医師の問題というよりは、マスコミを含めて社会の誤解を解くことが解決の糸口になる。患者さんの団体の中にはこのことに着目し、活動し成果を上げている地域もある。患者さん自ら医療崩壊を防ぐ手だてをしていくことが、結局は日本の医療崩壊を防ぐことであることを理解してもらうことが大切と言える。また、日本医師会は従来以上に自浄作用を発揮していることを社会に情報発信することも重要であると考える。

山形大学医学部附属病院長、医学部長時代に行った勤務医への福利厚生改革として、院内保育所の開設、国立大学附属病院では初となるコンビニ出店、外科系医師に手術料を支給する、などが挙げられる。

世界最低レベルの医療費、高等教育費で世界一の医学、医療制度を支えてきたもの、それは“モノ”ではなく“ヒト”であった。すなわち、わが国の医療、医学を築いてきたのは、すべての医師、医学者であり、伝統に裏打ちされた屋根瓦式教育と専門性 (柱) をもった診療所医師に他ならない。その意味でも、「勤務医の処遇改善」を考える上で、同時に、開業医も一緒に処遇改善が必要な部分があることも強調しておきたい。

短い時間ではあったが、“嘉山節”が炸裂した素晴らしい講演であった。

報告 1

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長　泉　良平

平成 22・23 年度日本医師会勤務医委員会では、日本医師会長からの諮問「すべての医師の協働に果たす勤務医の役割」を受けて、これまで 9 回にわたり討論を行ってきた。うち 1 回は男女共同参画委員会との合同委員会である。

この間、3 月 11 日東日本大震災が発災し、このことについての報告や議論も委員会にて行われた。以下、委員会にて行われた討論内容を報告する。

討論内容

- 特定看護師制度について
- 院内感染事例に対する警察の捜査
- 医療メディエーター養成と ADR
- 勤務医の健康をどう守るのか (メンタルヘルスケアを含めて)
  - ―勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会報告についての議論
  - ―医師の職場環境改善のワークショップ研修会
  - ―医師の QOL/ 勤務医の健康への国民の理解
- 勤務医の視点からの医師会改革
  - ―日本医師会の三層構造
  - ―代議員選出と選挙管理委員会
- 医療訴訟でのカンファランス鑑定の有用性
- 大阪府医師会勤務医部会活動
- 診療関連死について
  - ―「医療事故調査制度についての提言骨子 (案)」への意見具申
- 医師養成についての日本医師会の提案について
- 日本医師会の震災対応、JMAT 活動
- 東日本大震災にかかる岩手県の現況 (望月副委員長からの報告)

これらの議事録については、日本医師会ホー

ムページに詳細が掲載されているので、是非、ご覧いただきたい。

これらの討論を基に、諮問に対して、以下の項目を挙げて答申を作成することとなった。

諮問 : すべての医師の協働に果たす勤務医の役割

答申内容の項目 (予定)

1. 協働がなぜ厳しいのか―現状―
(1) 厳しい労働環境 : 女性医師、勤務医
(2) 社会的 / 潜在的偏見からくる溝 : 女性医師、診療科、開業医と勤務医
(3)(勤務医が) 社会参加しようとする意欲の低迷
(4) 医師組織の現状―皆が信頼し集う団結の場がない―

2. 協働が期待され求められる場
(1) 災害医療―東日本大震災での気づき―震災での気づきと、すべての医師の協働
(2) 医療安全 / 医療事故への対処 : 診療関連死・医療事故調査委員会への勤務医の参加、信頼の醸成と回復 (メディエーション)・ADR
(3) 終末期医療
(4) 地域医療連携 : 地域医療連携にかかる勤務医の役割
(5) 医学教育と医療技術の向上
(6) 医療への信頼感の醸成

3. 協働への道
(1)(勤務医が) 社会参加できる環境を作る―過重労働の改善―
(2) 社会的 / 潜在的偏見をなくす、女性医師が活躍できること
(3) 組織体制を改革する―特に日本医師会の在り方を巡って
　―医師会への期待、医師全員が医師会に加入することを果たすには
　―医師会改革 : 勤務医の視点での医師会改革、医師会役員への勤務医の登用
(4) 勤務医委員会の目的・役割・組織論
(5) 協働するには何が必要か
(6) 勤務医の生きがいとは

平成 24 年 1 月を目途に答申を日本医師会長に報告するとともに、日本医師会ホームページにて公表予定である。

報告 2

東日本大震災
―現地からの報告・被災地への医療支援―

日本医師会勤務医委員会副委員長　望月　泉

3 月 11 日、午後 2 時 46 分、東日本大震災が発災、地震の規模は Mw9 ときわめて強大な地震で、引き続いて生じた大津波が被害を甚大なものとした。直ちに岩手県災害対策本部が設置され、自衛隊支援・DMAT 派遣要請がなされた。翌 12 日早朝、DMAT が 30 隊到着、昼には 100 隊となり、被災地内の災害拠点病院の支援、被災した沿岸地域病院の入院患者を内陸の病院にヘリ搬送した。同時に花巻空港に SCU を開設、広域医療搬送も開始、千歳空港に 6 名搬送した。今回の震災の特徴は、初期救急医療の時期が極めて短く、避難所を中心とした救護、避難者の慢性疾患対応、健康管理が重要となり、DMAT が医療支援チームとして、あるいは JMAT として、災害拠点病院支援と避難所の巡回診療に携わった。避難所の感染対策、肺動脈血栓塞栓症の予防、心のケアも大切であった。

当院（岩手県立中央病院）もすぐに院内対策本部を立ち上げ、被災の状況、院内の状態の情報収集を行い、診療方針を決定した。トリアージポストを設置、発災 2 週間で、入院計 101 名、外来計 92 名、震災関連手術件数は 12 件 (整形 8 、産婦 2 、消外 1 、眼科 1) と少なかった。翌 12 日、電気が復旧、病院機能は維持できたが、重油、ガソリン不足は深刻で、遠くの職員は病院に寝泊りした。トリアージ・救急体制を継続しながら、被災地への医療支援に精力を注ぎ、医師、看護師をチームとして継続派遣している。また、多くの検案医も派遣した。診療材料の不足も懸念されたが、物流が回復、3 月 18 日からは通常の手術室体制となり、被災地からの予定手術患者が増加している。

3 月 20 日、発災後の救命救急医療に対応した DMAT 体制から、広範囲にわたる避難所等の医療救護に対応するため、岩手医大、県医師会、日赤、国立病院機構、医療局 (県立病院) 、岩手県の 6 つの機関が連携しながら、地域の災害医療ニーズに応えていくことを目的に岩手災害医療支

援ネットワークが立ち上がった。避難所への医療チームの派遣、地域医療機関への支援などを目的とするが、医療チームは長期にわたり支援が可能であること、原則自己完結型であることを優先した。各種医療団体、個人、28 都道府県医師会からの JMAT は 428 チームと多くの医療者の支援があり、頭の下がる思いであった。被災地の多くは、震災前から医師不足による診療科の閉鎖、地域医療崩壊が進んでおり、医師不足、地域偏在、診療科偏在という医療界がもつ矛盾が震災後は一気に露呈し、より多くの医療、介護支援を必要とした。今回の大震災では、DMAT 、JMAT をはじめ、日赤、各学会、病院・職域団体、さらに数多くの個人の医療者による被災地への医療支援が自発的、継続的に行われた。

発災後 6 か月を経過した現在、被災者は避難所から仮設住宅を中心とした生活に移行、震災で病院機能を失った県立 3 病院がそれぞれ仮設診療所を開設、保険診療を開始した。医療チームによる巡回診療を中心とした医療提供から、検査機能や専門診療科へのニーズにも対応した医療を提供できる体制の整備を進めてきている。新幹線沿線を背骨とし、横断道路を肋骨に見立てて、内陸郡市医師会が沿岸の被災地仮設診療所の支援を行う肋骨支援を基本とし、多くの医療機関が流され被害の大きかった陸前高田市には新たに岩手県医師会が診療所を開設し、土日の救急診療応援をはじめ、各病院のニーズに合わせた支援を行っている。今後は高台移転など新しいまちづくりに対応した医療提供体制の整備について、地域や医療機関と十分協議しながら進めていく必要がある。

最後にまとめとして以下の 3 点を挙げられた（原文のまま）。

①今回、“ノーブレスオブリージュ”の精神で、多くの医師が協働して医療支援をおこなった。

②大災害に対しては秩序をもった医療支援チームの派遣が必要で、災害の規模に応じた派遣を迅速に判断し、急性期、亜急性期、長期に対応する医療チームの編成が大事である。

③医療、介護、福祉などが共同でチームを編成し、また県単位での派遣チームの結成と訓練が必要であると考える。

［報告：理事　林　弘人］

基調講演

「若い外科医の過重労働と改善のための方策」

九州大学大学院医学研究院循環器外科教授

富永隆治

日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査

平成 23 年 3 月施行、回答者数は 985 人（回答率 26.7％）、平均年齢は 46.7 歳。

○ 1 週間当たりの勤務時間数（兼業・当直を除く）

40 時間未満（6.1％）、40 ～ 50 時間（15.8）、50 ～ 60 時 間（23.2）、60 ～ 70 時 間（25.3）、70 ～ 80 時 間（15.5）、80 ～ 100 時 間（9.7）、100 時間以上（2.4）、平均 59.5 時間

結果：50％以上が週 60 時間勤務（月 80 時間時間外労働に相当）であり過労死認定基準となる。

○病床別、年齢別勤務時間数

・病床数別：

200 ～ 299 床：70 ～ 80 時　間（14.8%）、80 ～ 100 時間（6.5）、100 時間以上（1.9）

300 ～ 499 床：70 ～ 80 時間（18.4）、80 ～ 100 時間（6.4）、100 時間以上（2.1）

500 床 以 上：70 ～ 80 時 間（20.7）、80 ～ 100 時間（16.2）、100 時間以上（4.0）

・年齢別：

30 歳 未 満：70 ～ 80 時 間（24.4 %）、80 ～ 100 時間（9.8）、100 時間以上（9.8）

30 歳 代：70 ～ 80 時 間（22.0）、80 ～ 100 時間（17.4）、100 時間以上（6.6）

40 歳 代：70 ～ 80 時 間（18.2）、80 ～ 100 時間（10.8）、100 時間以上（1.3）

結果：大規模病院で、若い人ほど労働時間が長い

○当直、呼び出し及びオンコール

・1 か月当たりの当直回数

4 － 5 回（10.2%）、5 － 10 回（11.5%）、10 回以上（約 2%）

・1 か月に当直以外で緊急に呼びだされる回数

4 － 5 回（6.0 %）、5 － 10 回（10.8 %）、10 回以上（2.4%）

・1 か月当たりのオンコール回数

10 － 15 回（9.2 %）、15 － 20 回（4.6 %）、20 － 30 回（3.2%）、30 回以上（4.6%）

○当直明けの手術参加
•いつもある（31.3%）、しばしばある（25.6%）、まれにある（14.5%）、当直明けには手術には参加しない（2.6%）
・医療事故・インシデントの経験あり（3.8%）、手術の質が低下（19.9%）、まれに手術の質が低下（63.2%）
結果：当直明けの手術は医療の質を下げる

○兼業、アルバイト
・兼業している（34.5 %）、兼業していない（65.4%）
1 週間当たりの兼業日勤時間数は平均 7.9 時間
1 週間当たりの兼業当直は平均 0.9 回（14 時間）

○外科医の労働時間（平均 46.7 歳）
・日勤　週平均 59.5 時間
・当直　週平均 0.6 回＝ 9.2 時間
・兼業日勤　平均週 7.9 時間
・兼業当直　平均週 0.9 回＝ 14 時間
結果：労働時間総合計は週平均 90 時間となり、月 200 時間の時間外労働と同義である。

欧米の場合
○ 405 条例（ニューヨーク州 1989 年制定）
1984 年、NY においてレジデントの睡眠不足による処方ミスで患者が死亡し、これを契機にレジデントの労働条件が立法化された。
・週 80 時間を超えない勤務時間
・連続 24 時間を超えない勤務
・通常勤務あるいはオンコールの後、8 時間か 16 時間の休養時間を設ける
・最低週 1 回 24 時間の休日
・臨床現場でのレジデントの監督指導
・外科手術時は上級医師の監督と直接指導

○米国卒後教育認定委員会（ACGME）規則
405 条例とほぼ同様の規則。違反した病院は研修病院指定から外される。

○ EU の場合
原則週 48 時間で米国より厳しい

チーム医療について
労働環境改善のためにはチーム医療推進が必要である。その取り組みを示す。
・各医療スタッフの専門性の向上
・各医療スタッフの役割の拡大
・医療スタッフ間の連携・補完の推進
○欧米におけるチーム医療の現状
日本と比し、種々の医療関係者が医師と協働している。とくに PA（フィジシャンアシスタント）及び NP（ナースプラクティショナー）が特徴的である。
NP：医師の指示なしで 仕事可能。開業できる。外来中心、地域医療、慢性疾患、家庭医の役割。
PA：医師の指示の下で働く。入院中心、都市、救急医療。

○米国における PA 、NP の評価
・冠動脈バイパス術後の死亡率と入院費用の比較
NP がいた方が死亡率、入院費用とも低かった (University of Virginia Health System,2002)
・ICU 内の合併症発生
NP 導入にて、感染など合併症が低下し、ICU 滞在期間も短縮した（Univ. of Virginia,2002）
・PA 導入の外科修練医への影響
PA 導入で研修医の労働時間が減少した
(Victorino GP et al. Arch Surg,2003)

福岡県日本医師会会員を対象とした「医療の分業化」に関するアンケート
①NP、PA あるいは特定診療師が医師の監視の下、医師と連絡を取りながら診療行為（診断と治療）をすることをどう思うか。
無条件で賛成（7%）、条件付きで賛成（51.5%）、反対（30%）、どちらともいえない（11%）

②問い①で「無条件で賛成」と回答した理由は。
医師の過重労働が軽減される（26%）、医師としての仕事に専念できる（24%）、優秀な看護師なら仕事を一部任せてもいい（24%）、患者にとって有用である（18.8%）、医療費を安くできる（6%）

③問い①で「条件付きで賛成」と回答した条件は。
有能な中間職種が育成できること（26%）、医師との従属関係をはっきりさせる（14%）、雇用条

件をはっきりさせる（8％）、医師の既得権を侵害しない（9％）、仕事の範囲を限定させる（18％）、医療の安全性が担保できる（23％）

④問い①で「反対」と回答した理由は。
保助看法にある「診療の補助」の範囲を越え医師の職域を侵す（11％）、医療の安全性が担保できない（23％）、責任の所在がはっきりしなくなる（30％）、任せられる優秀な人材がいない（4％）、普通の看護師が不足する（4％）、看護師の階層化につながる（11％）、かえって看護師の業務を限定する（9％）

⑤看護師の業務拡大について
賛成（57％）、反対（14％）、どちらともいえない（27％）

さいごに

外科医の過重労働に対する喫緊の対策として以下を提案する。

- 外科医が手術に専念できるように、メディカルクラーク、コメディカルの充実を図り、雑務を軽減する。
- NP、PAといった医師と看護師の中間職種を創設・養成し、術後管理をはじめ簡単な医療行為を担ってもらう。
- 医師の偏在を解消するために、National Clinical Databaseの分析結果等を参考にして医師の地方配置を検討する。
- 夜間救急体制、当直制度の見直し。
- 医師も労基法の適応下にあることの周知と適正な待遇改善を図る。

パネルディスカッション

「よりよい就労環境を求めて」というテーマで開催された。座長は富山県医師会勤務医部会長の三崎拓郎先生と、富山県医師会理事の南里泰弘先生。

「大学病院の勤務環境と提案」

富山大学附属病院呼吸器一般外科診療教授　土岐善紀

大学病院の環境改善を目指すに際し、大学病院という小さな立場で論じるべきではない。中核病院、開業医、また、慢性期医療機関も一蓮托生。医師は団結して共通の声を上げていくことが必要である。未来志向型の提言を行政に、現実志向型の啓蒙を国民に行うことである。また、今後どうするべきか。それは具体的で、継続可能であることが重要である。

①医療政策

サラリーワークバランスを訴える必要がある。
・DPC：係数を上げてもらいたい。入院費用を上げなければ、すべての職種の仕事が成り立たない。
・救急車の有料化：タクシーより少し高く設定して、本当に必要な患者は差し引けばよい。
・タバコ：将来の医療費を先払いしていると思えばよい。吸わない人は1円も税金がかからないので公平である。
・医師数：人口ピラミッドをみれば、需要はわかるはずである。

②職務環境

職務時間を減らすことはできず、労基法を守れないことはわかりきったこと。となれば、適正な環境ができるまでは、サラリーでもちこたえるのが現実的。

③これからの医師会に期待すること
・どこを向くかといえば。これは患者である。そして立ち位置をぶらさないようにすること。
・メディアをただ批判するのではなく、優秀なスポークスマンをもって、われわれの意見を代弁するメディア戦略を行う。
・行政が医療政策を決めて、医師会にもってきて、患者に言って、恨まれるのは医師。これを、医師会が行政に意見して、行政が患者に説明するという逆のベクトルに変える。

「地域の救急医療を維持するために～急性期病院における勤務環境の課題～」

富山県立中央病院内科（循環器）部長　臼田和生

富山医療圏（約50万人）における救急医療体制は、富山市民病院、富山赤十字病院、済生会富山病院と富山県立中央病院（当院）の公的4病院が二次救急輪番体制を敷いている。

富山県の医師数は平均よりわずかに上回って

おり、また二次医療圏の医師数格差をみると、富山は広島と並んで医療圏格差の少ない所といわれている。しかし、救急輪番体制が徐々に崩壊しつつあり、その一因に慢性の医師不足がある。平成 22 年の厚労省実態調査では「富山県の有床医療機関における医師不足の状況」では、内科系（105 人）、外科系（72 人）、小児科（21 人）、産婦人科（19 人）、麻酔科（14 人）、その他（52 人）の計 291 人の不足であった。そこで、医師数と救急搬送件数の増加率を並べると、15 年前を基準とした場合、救急搬送は 2 倍近くの増であるが、医師は 1.2 倍程度であり、この乖離は年々ひどくなっている。軽症患者が大多数であるだけに、かえって医師は疲労感が増している。

平成 23 年上半期の内科（循環器）医長以下の平均月間時間外勤務時間数は 75 時間／人であり、過労死の労災認定まであと 10 分というところである。

○当院医師の過重労働に対する対策
- 救急輪番勤務明けは原則休み。やむを得ず勤務が必要な場合は、時間外勤務扱い。
- 医療クラークの設置
- 病診連携：病院と診療所の機能分化
- 富山市医師会急患センターの移転・新築
  一次救患者 5 万人／年を目指している

○良質な救急医療と勤務医の負担軽減のための提案
- 医師不足の解消
- 救急医療を担う医療機関に対する診療報酬上の十分な評価
- 看護師、助産師、保健師の業務範囲の拡大
- 地域住民への啓蒙

「医師の子育てを支援するための取り組み」

黒部市民病院耳鼻咽喉科部長　丸山裕美子

医師として親として、職務を果たすことができるよう、妊娠中及び子育てをする医師のワークライフバランスについてのアンケート調査と医師の子育て支援内規を作成した。

①妊娠中及び子育てをする医師のワークライフバランスについてのアンケート調査
- 0％か 100％か以外の選択肢を希望
- フルタイム以外の体制を整える案に対し賛同

- 妊娠・出産・産後や子育て中の医師の就労形態の考慮に賛同

上記の賛同結果に男女差は認めなかった。

②子育て支援内規の作成

現行の法律を医師も主張する権利があることを明文化した。
- 「未就学児を養育するもの」を「学童までの児を養育するもの」に拡大
- 家族が病気の際の業務内容への考慮
- 子どもの保育園（幼稚園）や学校の親子行事への参加

③成果
- 3 年目の女性医師。第 2 子出産後に完全復帰。
- 妻が切迫流産で入院した男性医師。拘束当番と当直を一時免除。

④まとめ

「子育て」を「女性医師問題」としてではなく「すべての医師における課題」として捉えることが大切である。そのためには、周囲の者の理解と協力、そして本人の努力が必要不可欠と考える。

医師の健康がよりよい医療に不可欠

川人法律事務所・弁護士　川人　博

過労死弁護団が医師等専門家と協働して 1988 年からおこなっている「過労死 110 番」窓口には、約 10 年前から医師の命と健康に関する相談が増えている。また、労基署や裁判所で、医師の死亡が労災と認定される事案が増えている。

実例から

○甲府共立病院の産婦人科医師が心筋梗塞で死亡したのは「過重労働が原因」

甲府労基署は業務上の過労による労災と認めた。（1999 年　山梨日日新聞）

○土浦協同病院の外科医が自殺したのは過労によるうつ病が原因

水戸地裁は長時間労働と自殺との因果関係を認めた。行政訴訟で医師の労災自殺が認められたのは初めて。（2005 年　茨城新聞）

○東京都内病院の小児科医の飛び降り自殺は業務に起因するうつ病が原因

東京地裁は「当直など業務に起因してうつ病になり、自殺に及んだ」とした。（2007 年　朝日新聞）

○東京都済生会中央病院手術室勤務の看護師が、当直明けに致死性不整脈で亡くなった。

過重労働が原因として三田労基署は過労死の労災認定をした。看護師の過労死が認定されるのは極めてまれ。（2008 年　毎日新聞）

○日本看護協会は全国で 2 万人の看護師が過労死レベルとされる月 60 時間以上の時間外勤務をしているとの推計を発表。（2009 年　朝日新聞）

医師の過労死事案の分析

次の特徴がある。小児科、産婦人科、外科、麻酔科などが多く、年齢別にみると研修医を含めた 20 代、30 代、40 代と、比較的若い世代が多い。死亡原因としては、宿直勤務の過重な負担が問題となっている。また、少ない休日、オンコール制による拘束、医療事故発生や患者とのトラブルが問題となっている。

労働基準法第 41 条に定める宿日直勤務について

宿日直勤務とは、原則として通常の労働は行わず、労働者を事業場で待機させ、電話の対応、火災等の予防のための巡視、非常事態発生時の連絡等に当たらせるものである。

救急医療等の通常の労働を行った場合、法第 37 条に基づく割増賃金を支払う必要がある。また、宿直勤務は週 1 回、日直勤務は月 1 回を限度とすること。

医師法 19 条

医師の応招義務は患者を救うためには必要だと一般的には理解されているが、他方では、この規定によって、医師は過酷な勤務条件にも耐えるべきだとの風潮がつくられている側面がある。その結果、多くの医師が健康を害し、ときには過労死にまで至っているのではないか。そして、医療現場の改善がますます困難に陥っているのではないか。

―富山県医師会勤務医部会の遠藤副部会長の閉会の後、懇親会にうつった。

[報告：理事　城甲　啓治]

富 山 宣 言

地域医療・急性期医療などを担う勤務医の役割は日増しに高まっている。しかしながら、その就労環境の厳しさは旧態然としており、勤務医離れはとどまることなく、残された勤務医に更なる過重労働を強いる結果となっている。そのような状況にあっても、東日本大震災では勤務医は率先して医療活動に加わり多くの被災者に医療を提供してきた。医療は公共のものであるという認識を踏まえ、勤務医の疲弊をこれ以上に増やすことなく、個々の能力を遺憾なく発揮できるよう就労環境の改善に向けて次のことを宣言する。

一、勤務医は各々を尊敬し助け合い、医療活動のみではなく医政活動にも積極的に参加し、医療が崩壊の危機にあることを広く社会にアピールしていくこと。

一、我々医師は、より良いワークライフバランスを求めて、女性医師のエンパワーメントを促し、男女共同参画社会推進におけるリーダー的存在となること。

一、政府は医療費抑制策を改め、医師の養成・確保に真剣に取り組むこと。

一、政府・病院開設者は、勤務医が医師の使命感に基づいて過重労働を耐え忍んでいる現実を理解し、早急に就労環境の改善に着手すること。

平成 23 年 10 月 29 日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・富山

平成 23 年度
山口県医師会有床診療所部会総会

と　き　平成 23 年 11 月 10 日（木）15：30 ～ 16：15
ところ　山口県医師会 6F　第三会議室

[報告 : 山口県医師会有床診療所部会会長　正木　康史]

第 2 回役員会 (1105 頁参照) のあと、山口県医師会第三会議室で総会を開催した。

開会

河村理事より出席会員の確認を行い、会員数 74 名、出席者 7 名、委任状提出 53 名、合計 60 名、過半数に達しているので総会は成立する旨の報告があった。

挨拶

部会長より挨拶した。

有床診療所の経営は厳しい状況にあり、その減少になかなか歯止めがかからないのが現状である。

来年度には診療報酬と介護報酬の同時改定が予定されているが、有床診療所の経営を安定させるべく、山口県医師会、山口県医師会有床診療所部会共々、有床診療所の診療報酬の大幅 UP 、なかでも算定しにくい加算などではなく、入院基本料の大幅 UP を要望している。

日医でも「有床診療所に関する検討委員会」で本腰を入れて検討していただいており、社会保障審議会医療部会や社保診療報酬検討委員会などでの発言もしていただいている。また国、厚労省でも有床診療所の必要性、有用性を認識していただけてきているし、厚労省は来年度の診療報酬を UP させるといっており、少し期待がもてるところである。

しかし、日本の財政に余裕はなく、来年度の診療報酬改定も厳しいことが予想される。山口県医師会としては全国有床診連絡協議会と一緒になって、また日医とも協同歩調で、国・厚労省へ強く要望していきたいと考えている。

本日はご協議のほど、よろしくお願い申し上げます。

議長選出

会則第 13 条により、部会長が総会の議長となり議事に入る。

議事

(1) 平成 22 年度事業報告について

県医師会関係

- 平成 22 年度総会・葉梨之紀日医常任理事特別講演会（県医師会報 22 年 12 月号参照）
- 第 1 回役員会・監事会（22 年 9 月号参照）
- 第 2 回役員会（22 年 12 月号参照）

全国有床診療所協議会関係

- 全国有床診療所連絡協議会理事に正木部会長を選出
- 第 23 回全国有床診療所連絡協議会総会・岡山大会（22 年 10 月号参照）
- 第 3 回全国有床診療所連絡協議会中国四国ブロック会役員会･総会「岡山」(23 年 3 月号参照)
- 全国有床診療所連絡協議会役員会「東京」(23 年 4 月号参照)
- ホームページに関する調査の実施
- 有床診療所のロゴマークの募集
- 平成 22 年度の診療報酬改定に伴い変更となった加算についてのアンケート調査の実施

・有床診療所入院患者の他医療機関受診時の入院基本料 3 割減算について廃止を求める署名活動の実施
・次期（平成 24 年度）診療報酬に向けての要望項目の提出
・東北地方太平洋沖地震による被災患者の受入調査の実施
・被災地の慢性患者の受入調査（緊急）の実施
・東日本大震災で被災された会員への支援金の募集
・12 月 4 日を「有床診療所の日」に制定

（2）平成 22 年度決算報告及び監査報告について

河村担当理事から報告。収入合計は 159 万 1,497 円で、内訳は年会費 125 万 8,000 円（17,000 円× 74 名）、県医助成金 30 万円、前年度繰越金 33,433 円、雑収入 64 円。支出合計は 134 万 1,250 円で、内訳は全国有床診連絡協議会会費 74 万円（10,000 円× 74 名）、中国四国ブロック会会費 8 万円、旅費交通費 44 万 9,140 円、通信費 4 万 8,110 円、需用費 2 万 4,000 円で差引額 25 万 247 円であった。

阿部監事より会計監査報告があり、挙手全員で承認された。

（3）平成 23 年度会費について

年額 7,000 円（前年度同額）が承認された。

［参考］全国有床診療所連絡協議会会費　年額 10,000 円

（4）平成 23 年度事業計画（案）について

平成 23 年度総会は 11 月 10 日（木）、第 1 回役員会は 6 月 23 日（木）、第 2 回役員会は 11 月 10 日（木）。第 24 回全国有床診療所連絡協議会総会・講演会（8 月 6 日～ 8 月 7 日）「埼玉・大宮」（県医師会報 23 年 10 月号参照）。中国四国ブロック会総会は 24 年 1 月 29 日（日）。その他、部会長が全国有床診療所連絡協議会役員会に出席し、全国の情報を部会員へ伝達する。また、受診時定額負担に反対する署名活動を実施する。

（5）平成 23 年度予算（案）について

河村担当理事から説明。収入合計は 180 万 8,248 円、内訳は会費 125 万 8,000 円（17,000 円× 74 名）、県医助成金 30 万円、雑収入 1 円、前年度繰越金 25 万 247 円。支出合計は 180 万 8,248 円、内訳は全国有床診療所連絡協議会会費 74 万円（10,000 円× 74 名）、中国四国ブロック会会費 8 万円、役員会、総会、監査会への出席旅費 81 万 3,600 円、その他事務費、雑費 9 万円、予備費 8 万 4,648 円。

採決

平成 23 年度事業計画案と予算案について、審議の結果、全会一致で承認された。

その他

①第 24 回全国有床診療所連絡協議会総会の報告

重要なポイントを説明した（詳細は県医師会報 23 年 10 月号参照）。

②有床診療所のロゴマーク

今年度有床診療所のロゴマークを決定した（23 年 10 月号に掲載）。部会員にはカラーのロゴマークを送付する。

③受診時定額負担に反対する署名活動について

日医の署名活動と並行して、本部会でも積極的に署名活動を行い、本部会、全国有床診療所連絡協議会を通して、日医へ提出することとした。

④「有床診療所の日」記念講演

享保 7(1722) 年 12 月 4 日、徳川吉宗によって設けられた「小石川養生所」が日本最初の有床の診療所で、昨年度、全国有床診療所連絡協議会の働きかけで、12 月 4 日が地域医療を支える「有床診療所の日」と制定された。

今年度この 12 月 4 日に合わせて、記念講演会が日本医師会館で開催されることとなり、演者として、日本医史学会理事長・酒井シヅ氏や日医副会長・横倉義武氏などが予定されている。

⑤全国有床診療所連絡協議会事務局の移転（新住所）

〒 810-0053
福岡県福岡市中央区鳥飼 3-16-12-602
TEL:092-986-2664/FAX：092-724-4776
メールアドレス：yusho.net@bun.bbiq.jp
ホームページ：http://www.youshowsin.com/

質疑

次回より、この総会に部会員が出席しやすくするために、他の県医師会主催の研修会との同日開催を検討してみてはとの意見があった。来年度、例えば「かかりつけ医認知症対応力向上研修会」などの適当な研修会があれば、その昼休み、または終了後などの総会開催を検討することとなった。

閉会挨拶

平成23年度の山口県医師会有床診療所部会総会を終わる。ご協力に感謝申し上げるとともに、今後とも会の運営にご協力をお願いしたい。

平成23年度
山口県医師会有床診療所部会第2回役員会

と　き　平成23年11月10日（木）15：00～15：25

ところ　山口県医師会6F　第四会議室

[報告：山口県医師会有床診療所部会会長　正木　康史]

11月10日（木）15時から山口県医師会館第四会議室で開催、出席者は売豆紀副部会長、吉永理事、樫田理事、弘山理事、河村理事、阿部監事と部会長の正木。

部会長が挨拶したあと、総会進行の確認、今年度の会費額、来年度の診療報酬改定、受診時定額負担に反対する署名活動や部会員の抱えている問題点などについて協議した。

会費額について、昨年度は平成22年度に全国有床診療所連絡協議会の年会費が10,000円（前年度の7,000円から）に引き上げられた際、本部会費も7,000円から10,000円への値上げも検討したが、値上げの前に、まず会員増強のため加入促進に努め、組織強化を図ることとし、年会費据え置きとした。平成22年度決算も前年度に比べ少し良い状況であり、今年度も同額に据え置き、総会に諮ることが了承された。

来年度には診療報酬改定が予定されている。本部会からも算定しにくい加算などではなく、入院基本料の大幅UPを要望しており、全国有床診療所連絡協議会も同様の要望を日医におこなっていることを確認した。

受診時定額負担に反対する署名活動の協力が、日医から県医を通じて全医師会員にきているが、全国有床診療所連絡協議会からも本部会に協力要請がきている。最終的には日医で集計され、国会へ要望を挙げていくことになるので、全国有床診療所連絡協議会の実績作りに協力すべく、部会員の署名をなるべく多く集め、本部会、全国有床診療所連絡協議会を通して、日医へ提出する方針を決定した。

最後に、部会員の抱えている問題点として、看護職員の確保が挙げられ、県下のほとんどの地区で困難な状況にあるようである。

県下唯一の医書出版協会特約店
医学書 看護学書 専門 井上書店
〒755-8566 宇部市南小串2丁目3－1(山口大学医学部横)
TEL 0836(34)3424　FAX 0836(34)3090
[ホームページアドレス] http://www.mm-inoue.co.jp/mb.
新刊の試覧・山銀の自動振替をご利用下さい。

第 33 回産業保健活動推進全国会議

と　き　平成 23 年 10 月 6 日（木）10：30 ～ 16：00
ところ　日本医師会　大会議室
主　催　厚生労働省、日本医師会、労働者健康福祉機構、産業医学振興財団

[報告 : 理事　河村　康明]

Ⅰ　開会挨拶

厚生労働副大臣　牧　義夫（代読：厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長　椎葉茂樹）

平素より産業保健活動の推進に多大なるご協力をいただき、厚くお礼申し上げる。厚生労働行政は誰もが安心して暮らし、働き、今後の展望をもって心豊かに生活することができる社会を構築するという大きな使命を担っている。しかし、日本の自殺者数は 13 年連続で 3 万人を超え、勤務問題を自殺の原因の一つとする方は約 2,600 人に達している。また、精神障害による労災支給決定件数は増加傾向にあるなど、職場のメンタルヘルス対策は喫緊な課題となっている。このような中、厚生労働省では、職場のメンタルヘルスや受動喫煙による健康障害防止のために必要な対策の充実・強化などを概要とする改正労働安全衛生法案の国会提出に向け、準備を進めている。

産業保健事業は、昨年 12 月に閣議決定された独立行政法人の事務・事業の見直しの基本方針により、管理機能の効率化のため、47 都道府県に設置していた産業保健推進センターの 2/3 を上回る集約化を図ることとなった。そのため、今年 3 月に 6 か所の産業保健推進センターを集約化したが、メンタルヘルス対策を含めた産業保健サービスが後退しないよう体制を整備し、地元の医師会のご協力をいただきながら、引き続き産業医等に対する専門研修などを実施している。産業保健関連施策を実効あるものとするためには医師会及び産業保健関係者のご尽力とご協力が不可欠である。引き続き、厚生労働行政の推進に対する皆様のご支援・ご協力をお願いしたい。

日本医師会長　原中勝征　第 33 回産業保健活動推進全国会議にお集まりいただき感謝申し上げる。今回の産業保健推進センターの縮小は、心から憤りを感じるとともに、きちんとした評価をした上で仕分けをしてほしかったという残念な気持ちである。

メンタルヘルスケアに関しては、地域産業保健センター、産業保健推進センターとメンタルヘルス対策支援センターが連携をとり、自殺や職場離脱等から防止していくことが一つの方向として示されている。私たちは現場でいろいろな事例に常に対処している。現場の声が政治に活かされるよう、提言していくことが日本医師会の役目である。今後ともいろいろな問題、例えばなくなった産業保健推進センターについて検証し、地域医師会の先生方あるいは、都道府県医師会の先生方のご意見をいただき、それを集約して必要であれば厚生労働省に実行をお願いしていきたい。

また、レベルの高い、そして幅広い産業医の講習を今後とも続けていく。働く人の心の問題から家庭の問題、職場の問題までを相談できるのはわれわれである。かかりつけ医と同じような立場で労働者と接することができれば大変有意義である。

労働者健康福祉機構理事長　名川弘一　私ども労働者健康福祉機構が推進する産業保健推進事業に日ごろより多大なご尽力をいただき、心よりお礼申し上げる。

職場ではストレスによるメンタルヘルス不調、あるいは過重労働による心疾患、脳疾患等が増加している。この中で、労働者健康福祉機構としては、産業保健関係者の方々に実践的なスキルアップを目指した専門的な研修を受けていただく、あ

るいは事業場の実際に起こってくる課題解決をアドバイス、相談あるいはホームページ、メールマガジン等を通じて情報提供することをこれまで行っている。

特にメンタルヘルス対策については、厚生労働省より委託を受け、産業保健推進センター内にメンタルヘルス対策支援センターを置き、職域におけるメンタルヘルスの総合窓口として各種事業を提供している。

また、産業保健推進センターと地域産業保健センターは産業保健活動の支援の拠点であり、車の両輪に値するものである。今後も引き続き、産業保健推進センターによる地域産業保健センターへの支援を行っていきたい。

一方、産業保健推進センターを取り巻く状況は非常に厳しく、22 年度末に 6 か所のセンターを統廃合した。この集約化された地域においては地元の医師会等関係団体と連絡調整、研修事業、相談事業等を行うことが可能となるよう連絡事務所を設置し、各種事業が滞りなくスムーズに行えるように努力している。

さまざまな世の中の変化に対応しなければならないが､産業活動の要は産業医の先生方である。その産業医の先生方がつくるネットワークの中心的な役割を医師会が担っている。私ども労働者健康福祉機構としては、医師会をはじめ関係各位のご支援・ご協力を賜りつつ、これまで行ってきた産業保健推進事業をさらに充実させていきたい。

産業医学振興財団理事長　櫻井治彦　昨今の事業見直しに対し、産業保健関係者の今までの努力に対してフェアでない部分が多々あると考えている。しかし、このような時代であっても今まで築いてきた職場の労働衛生の基準を後退させることはあってはならず、推進していきたい。引き続き皆様と連携し、産業保健活動の推進のために事業を行っていきたい。

各都道府県医師会に委託している産業医研修事業については平成 23 年度には従来の委託内容を変更し、産業医のスキルアップのための研修・実習を重点に実施するとしている。職場での実践力向上のためにこの研修が従来にも増して活用されるよう、ご支援をお願いしたい。

財団は医師会のご支援をいただきながら、独自に開催している産業医の専門講習会や実地講習会等を東京・大阪など複数の都道府県で実施している。今後ともこれらのご支援・ご参加をお願いしていきたい。

II 報告

「メンタルヘルス対策について」

司会：労働者健康福祉機構理事　上家和子

(1) 石川県産業保健推進センターにおけるメンタルヘルス対策支援センター事業について

石川産業保健推進センター所長　小山善子

職場での心疾患やストレスに悩む方が 6 割、自殺者数は 3 万人を下らない状況で推移している。最近は特にうつ病が増え、そういった方々の職場復帰が難しい。また、心の病気での労災補償の申請が年々増加している。こういった背景を基に、職場のメンタルヘルス対策を支援しようと事業が立ち上がった。

メンタルヘルス対策支援センター事業は、事業場の産業医、メンタルヘルス推進担当者、衛生管理者等の産業保健関係者、人事労務担当者等を対象として、事業場におけるメンタルヘルス対策の推進を積極的に支援し、もって労働者の心の健康保持増進を図ることを目的としている。事業の内容は、メンタルヘルス不調の予防から職場復帰支援までの職場のメンタルヘルス対策全般に対応する相談窓口、事業場等への個別訪問支援、メンタルヘルス対策の周知・情報提供、職場復帰支援プログラム策定に係る支援、管理監督者への教育、事業主等への説明会、事業場や相談機関及び医療機関等のネットワーク構築と事例検討会等である。

石川県産業保健推進センターのメンタルヘルス対策支援センターの職員は、所長兼地域アドバイザー 1 人、促進員 10 人、相談員 8 人（内 6 人は促進員を兼任)､事務担当者 1 人の 14 人である。相談員･促進員は、精神科医、産業カウンセラー、保健師、社会保険労務士、臨床心理士等の資格をもっている。

メンタルヘルス対策支援センターは、本部で各県の目標値が決められている。訪問事業場数は平成 21 年度で全国は 14,600 、石川県としては 300 、平成 23 年度はメンタルヘルス対策支援事

業が拡張されたことにより、全国で 29,495 、石川県は 540 となっている。また、平成 22 年度より開始した管理監督者教育は目標値が平成 22 年度は 35 、平成 23 年度は 80 となっている。石川県は目標値よりも 1.5 倍ないし 2 倍以上の活動を行っている。

事業場訪問件数は、平成 21 年度は 449 件、平成 22 年度は 517 件、平成 23 年度は 9 月末で目標値を達している。個別訪問支援件数も同様に年々増加している。個別訪問支援はこちらから積極的に働きかける場合と企業のほうから自発的に申込みいただき支援する場合、さらに、労働局からの支援依頼により支援する場合がある。個別訪問支援件数を業種別にみると、石川県は製造業が多いので、製造業への支援が多い。規模別では、登録者数が 50 人以上の事業所では 50 ～ 99 人の事業所が 6 割を占めている。

個別訪問支援の支援項目は、初めはすべてにおいて支援を行っていたが、最近では「事業所における実態の把握について」の支援件数が増加している。一方、メンタルヘルス不調者の早期発見と適切対応については年々数が減っている。

相談件数は年々増加している。相談の形態は直接来所される場合や e メール、電話、FAX 等ある中で電話相談が一番多い。電話相談の中で面談をしたほうがよい場合は実際に来ていただく場合もある。最近は管理監督者への教育や事業主団体等への説明会の後に少し相談を受け付けるなどしている。相談項目はメンタル不調者の早期発見と対応、職場復帰支援、個別事案への対応に関して等があるが、東日本大震災に係る対応等の相談が 6 月末までで 73 件であった。平成 23 年度は 3 月の地震に関する電話相談を受け付けている。東日本大震災の関連電話相談は、被災地や避難先からフリーダイヤルにてご連絡いただくことがある。震災直後は女性の相談が多かったが、最近はほとんど男性からの相談となっている。相談内容も時期によって変わるが、不安・罪悪感・イライラ感など、メンタルヘルス不調に関する相談が多かった。また、避難生活に対する不満やそれによる不眠などの避難所生活に関する相談が多かった。その後、原発の問題に関心が移った。最近は就労に関するものや身体に関するものなどの相談があり、時期によって変わってきている。

国の第 11 次労働災害防止計画（平成 20 年度～24 年度）において、「メンタルヘルス対策実施事業割合を 50% 以上にする」という目標が掲げられている。メンタルヘルス対策に取り組んでいる全国の事業場の割合は平成 14 年度が 23.5% 、平成 19 年が 33.5% となっている。石川県は平成 14 年度は 22.3% であったが、平成 20 年度は 43.2% になった。今後、50% を突破していれば、職場のメンタルヘルス対策支援も効果が出ているかと思われる。

メンタルヘルス対策支援センターはこの 3 年間の活動で事業所がメンタルヘルス対策の取り組みに対する必要性、取り組みへの動機付けには十分役割を果たしてきた。これからの事業展開として、職場のメンタルヘルス不調者を軽減させ、活力を発揮できる職場にするためにも、メンタルヘルスへの教育研修、相談窓口の充実、各関連機関との連携の構築が必要である。また精神科医の活用が望まれる。

(2) 山形県地域産業保健センターにおけるメンタルヘルス対策について

山形県医師会常任理事　齋藤忠明

山形県地域産業保健センターは本年度より、過労死の防止対策、メンタルヘルス対策に重点を置いた相談窓口が主になった。意見聴取、保健指導の対応、メンタルヘルス相談と特化し、セミナー等の集団的指導がなくなった。メンタルヘルス相談事業は年間で 385 人を計画している。長時間労働に対する面接指導は時間を要すことと経費の問題があり、対象労働者数を 85 人で計画している。本年 4 月 1 日から 8 月 31 日において、面接希望者は 81 人であった。

労働局から地域産業保健センター事業を 33,608,000 円で受託したが、昨年度より 16% 減となっている。各地域産業保健センター、各郡市医師会、コーディネーター、山形県医師会の代議員会においても不満が出た。

山形県地域産業保健センターでは、産業医 270 名、看護師・保健師 6 名、コーディネーター 6 名が登録されている。事業場の登録数は県全体の 10% 程度しかないが、山形市では 1,300 の事

業所が登録されている。

平成 22 年度におけるメンタルヘルスに関する相談内容については、労働者による相談が 343 件、事業者から労働者の相談が 106 件、相談対象の労働者数は 246 人であった。労働者 50 人未満の小規模事業所において、労働者に対する指導は 25 件、事業者に対する指導は 144 件であった。

平成 22 年度のメンタルヘルス支援事業のアンケートでは、労働者からは「大いに変わった」又は「ある程度変わった」という意見が多く好評であったが、事業者労働安全担当からは「あまり変わらなかった」という評価が多かった。

山形県メンタルヘルス対策支援センターは、促進員等委嘱数は地域メンタルヘルス対策特別アドバイザーが 1 名、メンタルヘルス対策相談員が 4 名、メンタルヘルス対策周知支援促進員が 6 名となっている。電話での相談が最も多く、内容は「心の健康づくり計画の策定」、「労働者への教育研修の実施」、「メンタルヘルス不調者の早期発見・対応」等が多い。

山形労働局が県内の 50 人以上規模の事業所に行った調査によると、メンタルヘルス上の理由による不調の休業者・退職者がいる事業場は 30.3% に上っている。衛生委員会又はそれに準じる機会で、メンタルヘルス対策を審議したことのある事業場は 59.1% となっている。

メンタルヘルス対策の問題点は、専門スタッフがいない、取り組み方が分からない等で、50 人以上の事業場で専門スタッフがいなければ、50 人未満ではもっといないと想像できる。今後、受託を続けていくことがあれば調べていかなければならない。

山形県における定期健康診断結果有所見率は、平成 22 年度は全国で 5 番目に高く、59.2% であった。有所見率が高くなるとメンタルヘルス不調者が多くなることは当然である。有所見率の低下のため努力しているところだが、一向に減らない。

職場のメンタルヘルスについては、山形労働局のメンタルヘルス対策自主点検結果の状況から、衛生委員会等での調査審議、事業内体制の整備、教育研修実施、職場環境の把握と改善、不調者の早期発見、職場復帰支援のすべてに課題がある。また、平成 22 年度の全国の自殺率は 10 万人に対し 28.5 人であるが、山形県は 32.1 人と 3.6 ポイント高い。職場における自殺の予防と対応の周知が必要である。50 人以下の事業所はメンタルヘルスに取り組んでいる事業所の把握ができていないので、不調者が少ないと思えない。ただ、企業によっては不調者を抱え込んでいくことができないので、自主退社や解雇などになっていないか心配している。関係機関等と連携して、課題への対策を早急にとっていかなければならない。

山形県地域産業保健センターのメンタルヘルスにかかる問題点は、登録事業場を増やすために労働基準局や商工会議所等団体と連携が必要であることと、メンタルヘルスを熟知する産業医が必要であることである。コーディネーターとメンタルヘルス対策支援センターとの連絡強化、連絡会議等の情報交換の場が必要であるが、産業保健推進センターと一緒に、県医師会、コーディネーター、郡市医師会、地域産業保健センターの方々、それから産業医委員会の先生方と連絡会議を行っている。

今後の課題として、メンタルヘルス対策には多くの指針等があったが、何十年経っても似た状況である。これには、成功例を積み上げ、メンタルヘルス対策支援センター等をはじめ、対応できるすべての機関を活用して対処していかなければならない。定期健康診断の実施と有所見率の低下も必要であるが、0 次予防として幼児期から社会が係わりをもち、精神的に成熟する必要がある。厚生労働省などから、企業での対応策は提示していただいているが、より多くの対応策を教えていただきたい。

(3) 神奈川県地域産業保健センターにおけるメンタルヘルス対策について

神奈川県地域産業保健センター
統括コーディネーター　後藤昌弘

神奈川県地域産業保健センターにおけるメンタルヘルス対策事業活動は、現在、メンタルヘルス対策事業を独立事業として管理しているのが 2 センターあり、他の 10 センターは健康相談として管理している。

われわれの事業展開の基本姿勢は、「コーディ

ネーター一人では何もできない！」であり、労働関係団体の物的、人的資源を最大限活用させていただいている。相模原地域産業保健センターでは、神奈川労働局や労働基準監督署、神奈川産業保健推進センター等々と連携している。また、相模原市が昭和56年に立ち上げた産業保健推進連絡協議会にコーディネーターが参加したり、相模原労働基準監督署の労働災害団体会議にオブザーバーとして参加するなどしている。

平成7年に相模原地域産業保健センターを設置した。平成15年まではメンタルヘルス対策事業として独立しておらず、要望があれば健康相談で対応していた。平成16年にはメンタルヘルス対策事業についての要望が増えていたので、アンケートを実施した。本格的事業開始に向けた準備事業として、関係者間の情報交換、地域産業保健センター活動のチェック、メンタルヘルス対策事業へのアドバイス、対策事業の体制の準備を目的に情報交換会を開催した。協力医、市内の大きな企業の保健師・看護師、小規模事業場の関係者等から、精神科医の選任、適切な場所での開設、開設時間（18時～21時）等の意見が出された。

事業を開始する前に、平成16年度後期から平成17年度前期までは、個人・事業場等からの依頼に対し、相談員（精神科医）によるカウンセリングを受けていただいた。月2回（第2、第4火曜日）開設し、セミナー終了後にも開設した。

平成17年より精神科医1人での体制から、多くの相談者へ対応するために窓口を増加させ、適切な開設場所や時間帯にし、相談内容に応じた相談員の採用（企業出身者の保健師等の採用等）を行った。

事業は、個別相談窓口の開設、メンタルヘルス支援セミナーの実施、情報の提供の3つの内容になった。個別相談窓口は、個人・事業場等からの依頼を基に相談員による相談を行い、医師の相談が必要となる場合は協力医（産業医部会）にお願いし、カウンセリングをしていただいた。その後、精神科医の診断が必要な場合は、紹介状を発行していただき、精神科医（精神科医部会）によるカウンセリングをしていただくという体制を構築した。

個別相談窓口を地域産業保健センター、市民会館、市各種施設に常設した。また、セミナー終了後や随時（緊急時、事業場での相談等）、各種イベント開催時にも開設した。平成17年4月から平成23年8月末までに延べ700人の方が個別相談に来られた。

昨年度のメンタルヘルス相談の実績は相談窓口回数が107回、相談者は113名であった。特徴は30代が多いことと、職場復帰に関する相談が増加傾向にあること、そして上司の同行が増加していることである。

チラシを労働基準監督署査察の際や各関係団体行事、窓口での配布等で約5,000枚配付した。また、産業保健推進センターホームページに掲載もしていただいた。裏面には特定健康相談・面接指導の利用申込書をつけ、これをFAXしてもらうことにより申し込みしていただくようにした。

神奈川県地域産業保健センターはどこでも同じレベルのサービスが提供できるように努力している。メンタルヘルスについては、各センターが独自の方法を行っている。特徴ある進め方は継続していく。保健師を各センターに配置し、保健指導と同時にメンタルヘルス相談にも対応できるよう確立したい。そのためには相談窓口を常設するのは難しくても、メンタルヘルスセミナーの開催や情報の提供等により体制を整えていくことを考えている。また、関係団体との連携強化と共催事業の推進を図ることが必要である。

質疑応答

大阪府医師会　今回の地域産業保健センター事業は1人の相談者に対して年1回という制限があるが、年度内でも何度も行かなければいけない、定点的にみなければいけない人もいるかと思う。それについてはどうお考えか。

斎藤常任理事　難しい症例は地域産業保健センターでは無理である。その棲み分けをするのが産業医である。専門家に任せるか、地域産業保健センターからメンタルヘルス対策支援センターへお願いすることで対応する。

大阪府医師会　メンタルヘルス対策支援センターへお願いしたとして、担当の人が特別に1つの

事業所を定点的にみていただくということは、各地域でも行われていることだと思うがいかがか。

斎藤常任理事　それはできない。医療機関あるいはメンタルヘルス対策支援センターで判断していただいていくしかない。今までのように、治療をしない、診断をつけないということは原則である。

大阪府医師会　小規模事業場に持続的なフォローが必要になってくることもあるので、その辺もお願いしたい。

斎藤常任理事　制度的なことになると厚生労働省でご検討いただいて回答いただくしかない。

小山所長　メンタルヘルス対策支援センターでも個人の継続的な相談は受け付けていない。多少は相談に乗るがそれ以上であれば、専門の相談機関や医療機関を紹介する。これらを整理するのがメンタルヘルス対策支援センターの役割だと思っている。つなげられるような体制を作っておくことが重要である。どうしても相談を継続する場合は、厚生労働省へ事業の変更をお願いしなければならない。

後藤統括コーディネーター　こういった難しい問題は先生にかかっていることが多い。セカンドオピニオンを求める場合も多いが、そういった場合には深く立ち入らない。

先ほど話したように、地域産業保健センターの協力医の先生方にご相談し、対応できる先生にお願いして、その先生にご紹介する。年間３、４件はそういったことがある。

斎藤常任理事　メンタルヘルス対策支援センターも結局は棲み分けということになる。地域産業保健センターの場合は産業医、保健師が相談を受けていいことになっている。メンタルヘルスについては、カウンセラーの方々が活躍していただければ、産業医が少し楽になるのではないか。

小山所長　そのとおりである。産業保健推進センターの相談事業にどういった職種の人を参画させるかが大きな問題となっている。労務関係、法律関係の相談も増えている。カウンセラーだけでなく、専門家を配置して、さまざまな相談に対応できるようにしなければならない。もしくは、すべてに対応できるような機関的なものを考えていかなければならない。

後藤統括コーディネーター　費用対効果を考えなければならない。産業医の先生だけにお願いしているととても対応できない。問題を分けなければならない。例えば就業規則については、企業出身の方なら対応できるが、精神科の先生では難しい。地域産業保健センターだけでなく産業保健推進センターの先生方や地域の産業医の先生方にいろいろ相談する必要がある。先生方に相談すべき内容でない場合も産業医にお願いする場合がある。この状況をもう一度検討していけば、ある程度の実績は達成できるのではないか。

III　説明・報告

「メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、地域産業保健センターの現状と今後のあり方」

厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長　椎葉茂樹

「産業保健への支援のあり方に関する検討会の報告書」が報道発表され、厚生労働省のホームページに掲載された（http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001qjfu.html）。

産業保健推進センターの統廃合等による運営の効率化が求められる中、職場のメンタルヘルス対策は大きな課題となっている。小規模事業場への支援も含めて、今後の産業保健の支援のあり方について検討を行った。医師会関係者、学識経験者等によって組織され、平成 23 年 6 月から 9 月までで 4 回、会議を開催した。検討会は日本医師会産業保健委員会から 5 名の先生が参加されている。

産業保健の現状と課題

日本の事業場は小規模事業場が多く、規模が 50 人未満の事業場は全体の 96.2% 、労働者数は全体の 56.3% を占める。業務上疾病者数は昭和 30 年代、40 年代から減ってきてはいるが、近

年は 8,000 人程度で頭打ちの状態となっている。平成 22 年の業務上疾病発生状況等調査では、合計が 8,111 件に対し、最も多いのが負傷に起因する疾病で 5,819 件（うち腰痛が 4,960 件）である。脳・心臓疾患の労災補償状況は、平成 14 年から平均で 300 件が認定され、うち死亡が 100 ～ 150 件である。精神障害等の災害補償状況は年々増加し、平成 22 年では 308 件が認定され、うち死亡（自殺）が 65 件であった。

こういった状況のなか、産業医・衛生管理者等の状況については、平成 22 年に全国 12,000 の事業場へアンケート調査した結果によると、衛生管理者は 86% の事業場で選任されている。平成 17 年のときの調査では 80.4% であったので増加していることがわかる。産業医は全体で 87% が選任されている。前回は 75.4% であったので、かなり上昇している。しかし、50 人未満の事業場では（安全）衛生推進者を選任するのだが、全体で 43% と、ほとんど選任されていない。また、50 人以上 100 人未満の事業場では産業医が選任されているのは 80.9% となっている。これらは今後厳しく指導していく。産業医を選任していない理由は、近隣に引き受けてくれる医師がいない、産業医委託費用負担の余裕がない、選任する義務があることを知らなかった等であった。

一般定期健康診断結果の有所見率は増加している。一般定期健康診断実施率は高く全体で 88.3% であった。結果の労働者への通知についても 95.5% と高い実施率となっている。一方、必要ない方もいるが、健診結果に基づく就業上の措置、保健指導の実施が低い。この二つは規模が小さくなると、実施率が低くなる傾向がある。

強い不安、悩み、ストレスのある労働者は平成 19 年で 58% となっている。心の健康対策（メンタルヘルスケア）の実施状況を調査すると、取り組んでいるのは 3 割程度であり、事業場規模が小さくなると、取り組んでいる割合が減少する傾向がある。つまり、事業場規模が小さくなれば産業保健サービスを受けられる機会が減ることになる。取り組んでいない理由としては、取り組み方がわからない、経費がかかる、必要性を感じない、専門スタッフがいない等である。

現状の支援体制について

都道府県産業保健推進センターは、産業医等の産業保健関係者を対象として、産業医等に対する研修その他支援、産業保健に関する専門的相談、産業保健情報の収集提供、産業保健に関する広報啓発、地域産業保健センターの支援等を行っている。独立行政法人労働者健康福祉機構法に事業は独立行政法人労働者健康福祉機構が行うことと定められている。しかし、独立行政法人の事務・事業の見直しの基本方針（平成 22 年 12 月 7 日閣議決定）により、2/3 を上回る統廃合（ブロック化）、業務の縮減、管理部門の集約化、効率化、専門的・実践的研修助言等の業務に特化、窓口を設けての相談業務の廃止が決まった。これにより産業保健推進センターが集約化され、集約化された県には連絡事務所を設置した。県ごとに運営協議会、研修等を企画・実施し、産業保健サービスを低下させない努力をしたが、関係者のモチベーションは低下した。

メンタルヘルス対策支援センターは地域における職場のメンタルヘルス対策の中核的機関として全国 47 都道府県に設置されている。メンタルヘルス不調の予防から復職支援まで職場のメンタルヘルス対策を事業者に対し総合的に支援する。事業内容としては、事業者や産業保健スタッフ等からの相談に対応、専門家による個別事業場に対する訪問支援の実施、職場の管理職に対する教育の実施、職場復帰プログラム作成支援、相談機関の登録・公表や事業場への紹介等の実施、事業者と産業医、主治医等々のネットワークの構築等がある。

地域産業保健センターは、対象が 50 人未満の小規模事業場で、特定健康相談（健診実施後の医師の意見聴取への対応、脳心臓疾患のリスクが高い労働者の保健指導、メンタル不調を自覚する労働者に対する相談・指導）と長時間労働者に対する面接指導がある。地域産業保健センターは労働衛生法第 19 条の 3 に「国は、50 人未満の事業場の労働者の健康の確保に資するため、労働者の健康管理等に関する相談、情報の提供その他の必要な援助を行うように努めるものとする。」という努力義務があり、これにより地域産業保健センターが国の委託事業となっている。

地域産業保健センターの現状については、事業内容、実施方法等の最近の急激な変更による混乱や、国の長期的な方針がわからないという指摘があったこと、個別訪問産業保健指導がなくなったことにより、現場の状況把握に基づく適切な指導ができなくなったこと、作業環境管理、作業管理の指導が手薄になったこと、都道府県単位の事業になったため、監督署との協力関係が薄れることという4点のご指摘があり、今後の課題である。

支援のあり方

今までは全体にかかわるものであったが、重点とする対象、支援内容等の中長期での基本的な考え方を示し、それを検討しながら進めることが必要である。また、活動の好事例を集約し、向上させるための総括や検証が不可欠である。地域の産業保健活動のきめ細かい把握、調査、評価を行い、適切な支援の内容や範囲等について継続的に精査することが重要である。無駄を省いた上で、予算面も含めた支援の強化が望まれる。

小規模事業場への支援としては、産業保健活動への支援を強化すべきで、支援内容で分けずワンストップサービスで総合的に支援しなければならない。全国一律ではなく、地元の特徴をよく理解しながらきめ細かい支援が必要である。また、小規模事業場の厳しい経営環境を考慮しつつ事業者の認識を促し、安全衛生の意識を高めることも必要である。広報活動や周知広報についてさまざまな広報媒体の活用等によるきめ細かい配慮が必要で、非正規労働者の実態把握のための調査と対応も必要である。

産業保健推進センターとしては、集約化後においても、県ごとに医師会の協力を得ながら、運営協議会、研修等の企画実施など、現在の産業保健支援サービスが低下しないような配慮が必要である。また、地域産業保健センターに対する支援の強化が必要である。情報提供業務の充実・強化も必要で、具体的には、戦略的な広報活動の企画実施や貸し出し用の教材の確保、作業環境測定用機器の確保、更新、維持管理、労働衛生保護具の整備等が考えられる。

職場におけるメンタルヘルス対策の事業者への総合支援窓口の機能は、今後一層重要になる。人事労務管理に関する専門的な相談機関があり、専門的サポートを行うことが重要である。また、地域産業保健センターが行うメンタルヘルス対策への支援が必要である。メンタルヘルス対策支援センターは地域産業保健センターとよく連携し、情報を共有すべきである。

地域産業保健センターについては、地域のニーズを踏まえたきめ細かいサービスを提供できる条件整備が必要であり、地域の特性に応じた事業内容を構築できるよう、最も効果的な事業単位について検討が必要である。また、地域産業保健センターの産業医に対する研修の充実や保健師の一層の活用を推進することが重要である。

最後に、3つのセンターの支援のあり方として総合調整機能が重要である。効果的な支援のため、推進センター、メンタルヘルス対策支援センター及び地域産業保健センターがよく連携して総括的に運営されることが必要である。都道府県単位に、労働基準行政のバックアップのもと、3つの事業を総合調整するコントロール機能があり、その下に、さまざまな機能が有機的に結合しながらサービスを提供できる体制が必要である。総合調整の機能として、三事業の役割や方向性の調整と日常的な個別の事業者への指導の調整の二つの機能が必要で、産業保健関係機関、労使団体も含め連携することが必要である。

Ⅳ. 協議

司会は日本医師会産業保健委員会の髙田　勗委員長、発言者は厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課の椎葉茂樹課長、日本医師会の今村聡常任理事、労働者健康福祉機構の上家和子理事、産業医学振興財団の岩﨑伸夫事務局長。

岡山県医師会

①産業保健推進センターの縮減は、各地区における事業所並びに労働者のための産業保健活動に多くの不利益を生じさせている。多くの労働者の不利益を一切無視し、縮減を行う今の政府のあり方を血の通った行政とするよう善処を求める。

②労働衛生は専門性の高い職場である。産業保健推進センター廃止県では、単なる連絡事務所となり、推進員を置くことになっているが、推進員は

行政OB、行政出向を外している。これでは、行政や医師会との連携が困難になり、業務に支障が出て、その地域の産業保健活動も低下する。縮小された連絡事務所の業務のためには、単なる天下りではなく実力のある行政OB、行政出向はぜひ必要である。善処を求める。

椎葉課長　産業保健推進センターの集約化は閣議決定に基づくものであり、今後も実施される。しかし、産業保健支援サービスの提供機能については維持・堅持したい。そのため、集約化された県には連絡事務所を配置し、推進員を置くことになったが、引き続き都道府県医師会の先生方のご協力をいただきながら、県単位で研修・相談業務を行い、産業保健が後退しないようにしたい。

推進員については、地域の産業事情や労務管理等の業務に精通した優秀な人材が確保され、地域の産業保健が後退しないように労働者健康福祉機構とも連携を図っていきたい。

今村日医常任理事　国の方針は産業保健推進センターの集約化だが、認めているわけではない。できれば元に戻してほしいという意志で、検討会の報告書に「産業保健推進センターの集約化により、地域の医師会や産業医のモチベーションが下がったとの指摘がなされているほか、産業保健推進センター集約化を見直してほしいとの要望もある」と書いていただいた。

北海道医師会　平成23年度当初の事業契約内容に加え、東日本大震災の被災者への対応（メンタルヘルスを含む健康相談）も緊急的に求められていること等から、事業内容の充実と事業継続性の確保、さらにそれらが可能となるよう十分な予算付けを強く要望する（東京都医師会からも同様の質問あり）。

また、本事業のほか産業保健推進センター事業やメンタルヘルス対策支援センター事業についても単年度事業であることから、前年度の事業内容に若干の変更が加えられたり、前年度の実施方法が認められないなどの事業実施上の解釈に相違がある等、先の見通しを立てることが困難な状況である。各都道府県労働局に、ある程度の裁量権をもたせて地域特性をカバーするような運用方法を視野に入れて事業展開していく必要があり、このまま問題解決を先送りしていると、受託機関によっては本事業を引き続き受託することができなくなる所もあるのではないか。

椎葉課長　地域産業保健事業の充実や継続性の確保、十分な予算の確保については、最大限の努力をしていきたい。また、単年度の契約ということから生じる問題は把握に努め、事業委託に留意するなど事業の円滑な運用を確保したい。今後は検討会の結果を踏まえ、都道府県ごとに3事業を総合調整する機能を設けるなどにより事業が一体的に運営され、地域事情に応じ効果的に実施できるようにしたい。

東京都医師会

①18地域産業保健センター事業も、東京都医師会が受け手となって地域の担当医師会に設置されたセンターに運営を依頼している。基準監督署毎に10年の歳月をかけて構築した地域産業保健事業を、従前と同じに地域の監督署単位で地区医師会と直接契約を結ぶ方式に戻すことをお願いしたい（福井県医師会からも同様の質問あり）。

②事業場訪問を含む産業医の5管理（作業環境管理、作業管理、健康管理、健康教育、健康管理体制）をしっかりと実施することを地域産業保健センター事業の中心においていただきたい。

椎葉課長　地域のさまざまな実情に対応して、効果的な事業展開を図ることが大切である。契約の単位であるが、従来の監督署単位に戻してほしいという要望は東京都医師会だけでなく、他からも多くいただいている。しかし、県単位で契約することで、県内のセンターで委託費の調整ができ、より多くの方にサービスを提供できる。ただ、現在の契約方法による事業実施については、検討する必要がある。事業の運営状況、実施結果を検証し、適切な契約方法については今後検討させていただきたい。

検討会においても、小規模事業場に対しては地域産業保健センターが総合的に支援するべきというご意見をいただいている。事業の内容について

はこの検討結果を踏まえ、産業保健推進センター（連絡事務所も含む）と密に連絡の取れる体制を整備して、5管理の充実強化に努めていきたい。

今村日医常任理事　検討会の報告書の中に「地域産業保健センターの事業単位については、地域に根付いた活動を行うためには郡市区医師会ごとの単位で行うことが望ましく、労働基準監督署の管轄区域単位で事業が行われてきた平成21年度以前の体制に戻すべきという要望もある。地域の特性に応じた事業内容を構築できるよう、例えば、大都市を抱える都道府県においては事業をよりきめ細かく実施するため実施単位を分けるなど、地域産業保健センター事業の最も効果的な事業実施（契約）単位について検討が必要である。」と書かれているので、今の都道府県単位での実施のあり方を厚生労働省としても検討された上で新たな契約単位をご検討いただけると思う。

鹿児島県医師会　健康診断結果による医師の意見聴取（就業判定）の判定をする場合の基準があるか。また、基準がない場合、厚労省と日本医師会で協議検討して、就業判定に係るマニュアルを作成してほしい。

椎葉課長　就業判定に係る基準はない。健康診断結果による医師の意見聴取の留意事項は、健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関し、指針を出している。これに定められているが、就業判定については労働者の作業環境、労働時間、労働密度などの情報も収集し、労働者の実情も考慮した上で総合的に行うことが必要である。労働者の実情や実際働く作業環境はさまざまなものがあり、個別の事例に即した産業医の判断も必要である。一律の就業判定の基準を設けることはなかなか難しいが､日本医師会にご相談させていただき､検討させていただきたい。

今村日医常任理事　就業判定区分は非常に大きく分けられているものしかなく、多くの事業場では作業環境の変化が大きくなっており、実情がさまざまであるので一律での対応は非常に困難である。したがって、労働者の健康の保持・増進のために、指針が作成されてきめ細かい対応をすることは重要なことである。しかし、困難な部分もあるので、積極的に協力したい。

安佐医師会（広島）　地域産業保健センターの予算は2年連続削減されたにもかかわらず、過重労働やメンタルヘルスに関する相談業務は増加し、従来から行っていた地域の小規模事業場の要望に応えることができなくなっている。

国として、今後の地域産業保健センターの将来計画、支援などの考えについてお聞かせいただきたい。また、日本医師会の考え方もお聞かせいただきたい。

椎葉課長　今後、産業保健推進センターやメンタルヘルス対策支援センターと事業の連携を踏まえ、一番身近な地域産業保健センター事業の充実を図っていきたい｡労働者の健康確保については、本来は事業者の責務であるが、責務であるからこそ、地域産業保健センター事業によって支援を行い、その事業者の自主的な取り組みの呼び水になると考えている。そういった意味でも地域産業保健センターの事業は大変重要なものである。予算上すべての事業に対応できないが、より優先すべき支援に関して、事業の中でも重点化をはかり、効率的な事業運営をしていただきたい。

今村日医常任理事　産業保健推進センター、メンタルヘルス対策支援センター、地域産業保健センターの3つの事業は国の委託事業や機構独自の事業など、予算の出所がバラバラである。労働者から見たときにサービスが1か所で分かるように実施されるべきではないかというのが日医の産業保健委員会の中でもあった主張であり、今回総合調整機能という3つの事業を効率的に運用するための仕組みについて提案された。どれぐらい実行されるかを見守りたい。

佐賀県医師会

①昨年度の全国会議でもご意見があったが、地域産業保健センター事業自体は、長期的なビジョンのもとに、地方労働局又は各労働基準監督署等が事業の実行まで含めて主体となり直接実施すべき

と考えるが、厚生労働省、日医はどのようにお考えか。

産業医の選任義務のない小規模事業所の労働者の健康管理は、国（労働局）が第一義的に責任をもって実施すべきものであり、都道府県医師会、郡市医師会、認定産業医は、医療の専門家の立場から事業の協力者としてかかわる形態が本来のあるべき姿ではないか。労働行政に係る計画、事務処理、状況把握、コーディネート及び事業者への指導などの事務的機能や指導機能は、労働局及び労働基準監督署が本来機能として実施されている。労働局及び労働基準監督署が事業自体を担い、都道府県医師会、郡市医師会、認定産業医が協力機関として、保健医療の専門性を提供することが、より実効的で効率的に実施できるのではないか。

② 50人未満の事業場では、健康管理の基礎となる事業主健診も十分に実施されていない。その対策の一つに、産業医の選任義務を課す対象事業場（50人未満の事業場に対しても）の拡大があり、日医としても十数年来、提言されている。国におけるこの議論の進抄状況についてお伺いしたい。

椎葉課長　地域産業保健事業は、事業者が労働者に産業保健サービスを提供することが困難な小規模事業場に対して、国が援助をするものである。事業者に対して労働衛生管理を指導するのは国（労働基準行政）の責務である。事業者に対する援助として国が産業保健サービスを提供することにあたっては、産業保健サービスを実際に提供できる能力のある組織（医師会）が、これを担っていただくことが適切である。今後、労働基準行政として必要な支援を行っていきたい。

50人未満の事業場には産業医選任義務はないが、「労働者の健康管理を行うのに必要な医学的知識を有する医師等に健康管理を行わせるよう務めなければならない」という努力義務規定がある。50人未満の事業場については雇いたいが雇えないという実情もあり、労働者の健康を守れないところもあるが、国が支援・サービスを提供するという規定がある。選任義務の拡大については、関係者の意見を聴きながら慎重に対応させていただきたい。

今村日医常任理事　検討会の報告書にある総合調整機能の中に大きな枠組みとして、ご指摘いただいた計画や事務処理、状況把握等が入り、実際の産業保健活動の提供は小さな枠組みの中で行うほうがよいのではないかという提言されている。今後の実際の調整機能はどのようになっていくのかをみながら、検討していきたい。

大阪府医師会　現在、小・中・高等学校における教職員の健康管理等を行う産業医については、学校医の中から選ばれた産業医の資格を有する医師が業務を兼任することが多いようである。しかし、選ばれた産業医は契約書や職務内容に関する規定を明示・確認・周知されることが少ない。報酬も学校医としての報酬に若干上乗せした低額であることが多い。

さらに、今までの経験もあってか、また職場の監督者である校長に労働衛生に関する知識が少なく、学校側に時間的な余裕がないためか、職場巡視や衛生委員会を毎月開催されてない学校もあるようである。また、産業医からそれらを実施するように提言されていない学校もある。

教職員のメンタルヘルス問題が他の職種に比べてさらに深刻化している現在、学校という職場における産業医の契約書や職務規定をより明確に明示・周知し、それに対する適切な報酬を設定し、産業医活動を通じて、教職員が働きやすい健康の確保・増進ができる環境に置くべきと考えるが、厚生労働省や日本医師会の考えをお伺いしたい。

また、このような事業主や現場の監督者により産業医活動ができないような、また、協力が得られないような状況のもとでの産業医の労働安全衛生法的、安全配慮義務的な責任はどのように考えられるのかお伺いしたい。

さらに、50人未満の事業場での産業医について、職場巡視や衛生委員会への出席等の責務は、どのように考えるべきか併せてお伺いしたい。

椎葉課長　私立や公立の学校を含めて常時50人以上の労働者（職員、教師を含む）を使用する事業場には、産業医の選任、衛生委員会の設置等の義務がある。また、産業医を衛生委員会での審議に参加させるとともに、労働者の健康管理等を行

わせなければならない。ただ、公立学校の教職員については、地方公務員であるので、監督署が指導、監督する権限がない。

これについては文部科学省の学校健康教育課に情報をお伝えしたい。教師も労働者であり、労働者としての正当なサービスを受けられないということのないようにしたい。健康管理の実施主体は教育委員会や学校長が責任をもつべきであり、産業医（学校医）は責任がないのではないか。しかし、産業医として勧告権はあるので、勧告をして働きかけはするようにすべきである。

今村日医常任理事　日医として考え方を整理してお話しをさせていただきたい。公立学校、私立学校の学校の種別を問わず、50人以上の労働者がいるところは、労働安全衛生法の義務が生じる。したがって産業医は選任しなければならないし、監督署に届出をしなければならない。しかし、学校医と併任の場合は届け出る必要はないことが、労働安全衛生法施行規則第13条に規定されている。さらに､労働基準監督権(監督署が現場に入っていろいろ指導を行う権限）については、地方公務員法第58条に「人事委員会がもつ」と規定されているので、公立学校についてはない。私立学校については労働基準監督署がもつ。

文部科学省から都道府県教育委員会教育長宛に送られた「公立学校等における労働安全衛生管理体制の整備促進について」という文書には、学校現場においても、働く人の心身の健康を保つためには、労働安全衛生法を遵守して取り組む旨の通知がされている。学校においても本来はきちんとしたサービスが提供されなければならない。

日医の中で産業保健の担当である私と学校保健の担当と話し合いをして、学校の現場にも産業保健が提供されるように協議をしてすすめていきたい。

福井県医師会　メンタルヘルス対策支援センターは、名前の割には活動が積極的ではない印象を受けている。厚生労働省として本気でこの問題に取り組む意思があるのであれば、職場・家庭・地域が一体となったメンタルヘルス（うつ病対策）を構築することを考えていくべきではないか。メンタルヘルスは厚労省、自殺対策は総務省とバラバラで議論すべき問題ではない。

これは日医への要望でもあるが、メンタルヘルス対策にはプライマリ・ケア医である「かかりつけ医」が大きなキーマンである。本来であれば、このメンタルヘルス対策支援センターは各都道府県医師会が担うべきであり、厚労省や総務省とも折衝をしていただき、総合的なメンタルヘルス対策を進めていただきたい。

椎葉課長　政府は全体で自殺対策をしており、内閣府にある。職場のメンタルヘルス対策については、政府全体の自殺対策の一環という位置づけで進めさせていただいており、メンタルヘルス対策支援センターを中心に関係機関と連携しながら取り組んでいる。この問題については政府全体で行うことで、各省ばらばらでやってはいけないものである。

今村日医常任理事　メンタルヘルス対策の中でのかかりつけ医の重要性はご指摘のとおりである。日医の精神保健委員会の中でも、かかりつけ医にいかに機能を発揮していただくかということが検討されている。

メンタルヘルス対策支援センターは各都道府県医師会が担うべきだという意見については、私個人では都道府県医師会がメンタルヘルス対策事業を委託していただけるのであれば、望ましいと思う。問題は、国の委託事業であるメンタルヘルス対策支援センター事業は、全国を6つのブロックに分けて公募していることである。したがってあるブロックの中に、実施をしたいと思われるところと、受託できないと思われるところがあるとすれば、どこが代表して受けるかが問題となる。これが47都道府県単位の契約という形になるのであれば、メンタルヘルス対策支援センター事業に手を上げていただくことが可能となる。そういうことが可能なように、委託の形態については厚生労働省にお願いしていきたい。

秋田県医師会　産業保健推進連絡事務所の役割と今後について。

①秋田県産業保健推進センターは今年3月末で廃止となり、産業保健推進連絡事務所となった。

今後の廃止場所やそのタイムスケジュールについてお伺いしたい。
②メンタルヘルス対策支援センターと産業保健推進連絡事務所の関係について説明いただきたい。当初、産業保健推進センターは廃止するが、メンタルヘルス対策支援センターには力を入れるとの説明であり、当医師会としては、メンタルヘルスについては支援するとの考えで引き受けたものであった。実際は産業保健推進連絡事務所代表の辞令には、メンタルヘルス対策支援センター所長を兼務するようにとのことでありその理由は説明されていない。職員は全員臨時であり、当然決裁権は誰にもなく、事業計画や予算はセンターで検討する材料もない状態である。産業保健推進センター廃止後の事務所に予算なく他県（当県は岩手県のセンター)に所属するのは当然と理解するが、メンタルヘルス対策支援センターは機構本部予算となっているので、代表と所長の立場に混乱を生じているのが現状である。

椎葉課長　今年度末の産業保健推進センターの集約化であるが、利用者への産業保健サービスの低下を避けるための円滑な事業運営が図られるよう、検討会の報告書をみながら、現在検討を行っているところであり、現時点では具体的なスケジュール等はまだ検討段階である。集約された県で産業保健が後退することのないようにさまざまな意見を伺いながら、対応させていただきたい。
　また、メンタルヘルス対策支援センターと連絡事務所の関係については、産業保健推進センター（連絡事務所を含む）は労働者健康福祉機構が実施する事業である。一方、メンタルヘルス対策支援センター事業は国が委託事業として実施するもので、委託であるので企画競争により受託者を選定して実施するという国の規定があり、競争して選定するという作業が必要になる。このように、同じところで行っているがそれぞれ独立した事業であることをご理解いただきたい。この両者は密接に連携をはかって、統括的に運営されることが重要である。

フロアからの質問

京都府医師会　佐賀県医師会の質問の内容について、労働安全衛生法が改正されなければ難しいという答えであったかと思うが、椎葉課長は個人的にどう思われるのか。

椎葉課長　50人未満の事業場の事業者は、身近な医療者である先生方のお力をいただいて、健診や労働衛生管理をお願いして労働者の健康を守るのが筋である。そういったことができないところについては国としても必要な支援をしていき、事業者もそれを利用していただくのが基本である。現場の言葉に耳を傾けて事業を行いたい。

尼崎市医師会（兵庫）　厚労省のホームページを見ていると、ストレス症状をもつものの面接指導があるが､来年の法改正に組み込まれるかどうか。また、地域産業保健センターとの関連を教えていただきたい。

椎葉課長　今、労働安全衛生法の改正作業を厚労省の中で行っている。3つのポイントを改正に盛り込みたい。1つはメンタルヘルス対策であるが、労働者に対するストレスチェックをしていただく。そのストレスチェックの結果、医師の面接指導を行うという、メンタルヘルス対策の充実・強化をする。2つ目は電動ファン付の呼吸保護具を構造規格の対象にして、被災地の作業者に届けたい。3つ目は職場の受動喫煙を全面禁煙もしくは空間分煙を義務化する、という3つの柱について議論しており、これらを盛り込んだ労働安全衛生法案を臨時国会に提出するよう検討している。

佐賀県医師会　現在行っている地域産業保健センター事業が8月か9月に始まるので、半年しか行われていない。不効率である。このようなことのないようにしていただきたい。

椎葉課長　今後は長期的な観点をもち、4月からできるような体制を整えたい。

第 121 回山口県医師会生涯研修セミナー
平成 23 年度第 3 回日本医師会生涯教育講座

と　き　平成 23 年 9 月 11 日（日）10：00 ～ 15：00
ところ　山口県総合保健会館　第一研修室

特別講演 1

「これからの救急医療 ～ドクターヘリから在宅まで～」

山口大学大学院医学系研究科救急・生体侵襲制御医学分野教授
鶴 田 良 介

救急医療は社会が変化してきた背景とも関連して、多種多様になってきており、救急医療は救急医だけでは解決できない時代にきています。医師会の先生方とともに一緒に力を合わせなければこの国の救急医療は将来非常に厳しいのではないかと思っています。

昭和 8 年、救急を扱っていたのは警察で、横浜市の中区山下消防署に配備されたのが最初の救急車です。昭和 23 年、救急隊による傷病者の医療機関への搬送が開始され、さらに消防法が制定され、警察から消防機関が分離独立し、110 番と 119 番に分かれました。昭和 38 年、救急搬送業務の法制化、救急医療機関告示制度ができ、昭和 40 年、夜間在宅当番医制が始まり、日本救急医学会が創設されました。その後、日本救急医療の量的充足時期に入り、初期、二次、三次の救急医療体制が今の形になり、昭和 52 年救命救急医療センターが誕生しました。救急隊員による応急処置基準の制定、9 月 9 日「救急の日」の制定、救急業務の対象が拡大され、平成に入り、日本の救急医療は質的に向上しました。平成元年、救急医療体制検討会を開設して、平成 3 年救急救命士ができ、その後、救急医療体制基本問題検討会、救急病院の定める省令の一部改正、新しい救急医療体制の確立、ドクターヘリ試行事業、病院前救護体制の在り方に関する検討会など、病院前救護が活発化しました。ドクターヘリもその一つであり、2009 年に搬送及び受け入れ実施基準が制定されました。

山口大学の救急医学講座、正確には、救急・生体侵襲制御医学講座ができたのは平成 6 年。前川先生が初代教授をされ、現在大阪の国立大阪医療センターのセンター長をされている定光大海先生が助教授でした。院内では救急部、講座としては学問領域として、外傷学、急性中毒、侵襲学と研究していくことになりました。日本では 6 番目の救急医学講座でありますが、国立大学では最初にできた救命救急センターであります。高度救命センターは広範囲裂傷、急性中毒、四肢切断の三つを専門的に扱う救命救急センターであります。救命救急センターの中では重症を扱い、二次、三次を扱う救命救急センターを高度救命救急センターといいます。最初の受け入れ先が ER で、必要であれば救急センターに入れます。救命救急センターの患者の中の一部は、例えば外傷、感染症、敗血症、重症感染症、破傷風、呼吸不全は救急科として私たちが主治医となって診ていきます。それ以外に、脳出血、くも膜下出血は脳神経外科が主治医となり、心筋梗塞は循環器内科が主治医となって救命救急センターの中でベッドをもちま

す。気管挿管が必要とか、透析が必要となれば救急科が主治医となりますが、患者のサポートをするのが役目です。救命医学が最も一番重要視されますが、それ以外にも、病院前救急医学、特に救命士の教育、救命士への指示、事後の検証、現場に医師が一緒に乗り込んでいくドクターカー、ドクターヘリといった救急救命医学も行います。初期救急医学、ER、ウォークイン、歩いてくる患者さんを診るところの初期救急学はまだ不十分であります。

年間受け入れ患者数は、高度救命救急センターができた2000年と比べると倍になっていますが、内因性疾患と外因性疾患では6対4ぐらいで内因性が多いです。そして増えてきた背景には2003年にドクターカーを開始し、2008年には病棟を改修して救命センターが20床になったということがあります。

講座ができた当初に取り組んだのが、心肺蘇生法です。1992年当時やっていた心肺蘇生法とアメリカの学会でのガイドラインと何が違うか、来た時に心電図のモニターの波形を見て、アルゴリズムがあり、エピネフリンを1アンプルずつ使います。投与は末梢静脈で十分です。前川教授が脳低温療法が専門でしたので、山口大学では脳低温療法を古くからやっていましたが、2002年のThe New England Journal of Medicineにオーストラリアとオーストリアが同時に低体温療法が心停止患者に非常に有効であるという報告が出され、院外心停止の患者に脳低温療法を取り入れるようになり、保険点数も取れるようになっています。Chain of Survival(救命の連鎖)、早く電話しなさい、救急車を呼びなさい、それから目撃者がすぐに心肺蘇生を行う、そして除細動器があったら早く使いなさい、そして病院に運んでそこからはケアにはいる。新しいガイドラインでは、そこに脳低温療法を入れ、CPR(Cardiopulmonary Resuscitation)からCPCR(Cardio Pulmonary Cerebral Resuscitation)、今回のガイドラインの改定でも、必ずしも脳保護だけではないが、血糖管理も含めた、心肺停止から蘇生したあとの集中治療管理をするようになっています。

2010年のガイドラインでは、人工呼吸ではなく、胸骨圧迫をすることが勧められました。A-B-CからC-A-Bになりました。COPD、慢性閉塞性肺疾患にも注目しています。COPDは30年間で1.6倍に増え、2020年の推定死因で上位に上がってきています。気管支喘息では重症に応じて個人クリニック、総合病院、救命救急センターと廻っていくので、アフターケアーが大切であります。救命救急センターに来る喘息の患者は非常に減っていますが、喘息の心停止はCO_2が非常に高くなっているので、蘇生後に脳浮腫が来やすいので、予後が悪いです。在宅酸素療法も広がっており、COPDの急性憎悪でセンターにこられることも多くなっています。医療の機能の役割分担では、超急性期には救命救急センターを利用し、亜急性期、回復期リハビリテーション、療養型、緩和ケア、在宅ケアがありますが、昨今救命センターに入ってくる患者さんの住み分けがスムーズにいかないケースが増えてきています。非常に難しい問題になってきています。

今年は東日本大震災がありましたが、2009年、山口県は災害の年でありました。美祢の一酸化炭素中毒に始まり、山陽小野田市サイロ生き埋め、防府の土石流災害、関門海峡衝突、下関三井化学工場爆発事故がありました。美祢の一酸化炭素中毒事故は美祢市のホテルに宿泊していた大阪からきた小学生、教師、看護師、カメラマン、それらの救護に当たった救急隊が高濃度の一酸化炭素に曝露して、22名の死傷者が出て、カメラマンの方1名が亡くなりました。速やかに美東病院の先生方が現場に行かれ、死亡者は運ばない、現場で蘇生する、というやり方を行い、重症な方をドクターカーに乗せて宇部につれて帰ってきました。最終的には大学にはHBO（高気圧酸素治療の装置）があり、12名治療しました。6人だけHBOを行いました。一番重症だった48歳の男性はCOH b濃度（大体、煙草を吸った直後から7％ぐらい）が29.6％と非常に高く、意識障害がありました。機械が一人用なので、自転車操業したわけです。加圧と60分治療して減圧をして大体1時間30分かかります。現在この治療ができる病院は、関門医療センター、大学病院、徳山中央病院で、この3つは救急救命センターですから、24時間いつでもできます。それ以外は防府の三田尻病院と、萩の玉木病院にあります。調理

場で、調理中に気分が悪くなると、今の時期では熱中症と思われますが、実はガスが漏れていたというケースもあるので、一酸化炭素中毒というのはどこか頭の片隅に入れておくべき疾患であります。SPCO が測れるパルオキシメーターもでています。

東日本大震災の時にも山口大学のドクターヘリは現場に行きました。石巻市立病院が孤立していたので、患者さんを市の病院に転院搬送するための救護活動に当たりました。ドクターヘリは全国で 24 機あります。北海道、静岡、千葉は 2 機、その他は大体、1 県に 1 機です。山口の場合、平成 15 年から、実はドクターカーと同じ時期に消防防災ヘリ「きらら」をドクターヘリ的に運用するといった訓練を行ってきました。1 月から開始したドクターヘリはフライト施設もドクターもナースもいることで、朝 8 時半から日没まで、いつでもの体制で勤務しており、すぐに飛べます。一番遠いところが岩国で、ここまで 30 分かかります。宇部、小野田という所は、5 分、10 分でいけるので救急車より早いです。これは誤解されている方もおられますが、患者さんを早く病院に運べるかというよりは現場に早く医師、ナースを投入できることが非常に大事です。ヘリポートの横に運航管理室があります。ドクターヘリの運航企業に県内の消防からヘリ要請が入ると、ドクターヘリ出動がドクターとナースの携帯電話に入り、それからパイロットと整備士がプロペラを回し始めるわけです。だいたい 4 分以内に離陸します。

ランデブーポイントというのを覚えて帰ってください。例えば長門市で交通事故が発生したとすると、第一報は救急車で現場に行きます。救急隊員が「これはやばい。長門の病院で診てもらうより重症だ。もっと大きな病院で診てもらわなければいけない」と判断した瞬間に電話で指令室に連絡がいきます。すると指令室から運航管理室にドクターヘリ要請が入り、運航管理室から出動要請がでます。ここがポイントなんですが、救急車は現場から立ち退きます。そしてヘリが着陸できるところにまず消防車が水を撒いて砂煙がでないようにしておき、そこにヘリコプターが降りるわけで、これがランデブーポイントというやり方です。運動公園、グラウンド、校庭、市場をランデブーポイントに指定されており、現在県内 340 か所あります。そこに医師とナースをなるべく早く運ぶというのがドクターヘリの使命です。院内でも救急医療というのは、たくさんのコメディカルの方との協力で成り立っていますが、院外に出ていくので、救急隊の方、警察の方、レスキュー隊とドクターカー、ドクターヘリ、災害時は運航会社、操縦士や整備士がはいってきます。ですから常日頃教室員に言っていることは、コミュニケーションができないと現在の救急医療は成り立たないということです。

昭和 52 年に体制された救急医療体制は日本独自のやり方です。初期救急、二次、三次と、重症度に分けたという世界で類をみないものです。外来、入院、救急センターと分けられるますが、現在なにが問題になっているかというと、これは初期救急で診るのが本来であろうという患者が二次救急にいって、二次救急で診るのが妥当だろうという患者が三次救急に行っているという現状があります。救急患者を受け入れなかった理由には、手術中であるとか、患者対応中であるとか、処置困難、専門外、ベッド満床、医師不在が報告されています。これらは消防側からの報告です。しかし、救急現場は消防との関係だけでなく、いろいろな病院からの依頼にも対応しています。したがって、現場での実態を調べました。平成 20 年 10 月から 22 年 3 月までの結果をまとめてみました。集計したところ 102 例あり、入院を前提としないケースが 12 例。入院は 90 例、73 例が救急隊から、17 例が病院からです。秋冬が多くて、だんだん減ってきて、また春にも増えます。なぜそうなるか、ベッド稼働率も問題です。救命救急センターは 20 床あります。時にはベッド稼働率が 100％超えます。稼働率が高くなると、受けられないケースが増えます。地区では宇部市、山陽小野田市と近隣を中心に多く、診断分類では内因性のものが多いです。また救急隊の場合は事故が多く、日時は平日の午後が一番多いです。受け入れていない理由は軽傷すぎるケースが多いです。宇部市、山陽小野田市が来年 4 月に救急消防団が広域化されます。現在 8 月に協議会を立ち上げ、宇部小野田地域における救急搬送

患者の搬送理由を調査し、救急隊員、健康福祉行政、かかりつけ医、療養型施設、地域連携室を通じて双方的に検討します。長崎では救急医療白書を 13 年くらい続けており、救急車で運んだ患者すべて記録しています。そうすると正しい病名が記録されることになります。山口県の今の救急医療体制は山陽側に偏在しています。関門医療センター、山口大学医学部附属病院、県立総合医療センター、徳山中央病院、岩国医療センターがありますが、日本海側には救急医療の拠点がありません。ドクターヘリの出動件数が萩市、美祢市と多いので、こういった偏在化を解決していくと思います。また、救急医が救急医療を構築するほうがいいのか、病院の中の一員として機能したほうがいいのか、病院ごとに異なります。救急医療も限られた資源であり、行政、医師会、病院、パラメディカルの連携が必要です。

［印象記：宇部市医師会　福田　信二］

特別講演 2

「肺移植の現状」

京都大学大学院医学研究科呼吸器外科学教授　伊 達 洋 至

1983 年の Cooper らの成功例に始まった脳死者からの肺移植は、すでに 32,000 例を超え、欧米ではさまざまな肺疾患に対して定着した医療となっている。一方、日本の移植医療は脳死問題のために大きく出遅れ、肺移植については、1998 年 10 月の演者らによる岡山大学での生体肺移植から始まった。2000 年 3 月には、待望の脳死肺移植が大阪大学と東北大学で始まったが、脳死ドナー不足のために生体肺移植が選択されることが多く、年間の肺移植施行症例数は、20 例前後と停滞していた。2010 年 7 月に臓器移植法が改正され、家族の同意による臓器提供が可能となり、その後日本の肺移植は新たな時代を迎えた。2011 年 7 月現在 219 例の肺移植（脳死肺移植 110 例、生体肺移植 109 例）が施行された。

脳死肺移植

肺移植は、内科的治療では余命が限られている末期呼吸器疾患が適応となる。脳死肺移植レシピエントの一般的適応指針として、

1）治療に反応しない慢性進行性肺疾患で、肺移植以外に患者の生命を救う有効な治療手段がほかにない
2）移植医療を行わなければ、残存余命が限定されると臨床医学的に判断される
3）レシピエントの年齢が、原則として、両肺移植の場合 55 歳未満、片肺移植の場合には 60 歳未満である
4）レシピエント本人が精神的に安定しており、移植医療の必要性を認識し、これに対して積極的態度を示すとともに、家族及び患者をとりまく環境に十分な協力体制が期待できる
5）レシピエント症例が移植術後の定期的検査と、それに基づく免疫抑制療法の必要性を理解でき、心理学的・身体的に十分耐えられる

実際の適応となりうる疾患を列挙すると、

1）原発性肺高血圧症
2）特発性肺線維症（特発性間質性肺炎）
3）肺気腫
4）気管支拡張症
5）肺サルコイドーシス
6）肺リンパ脈管筋腫症
7）アイゼンメンジャー症候群
8）その他の間質性肺炎
9）閉塞性細気管支炎
10）肺好酸球性肉芽腫症
11）びまん性汎細気管支炎
12）慢性血栓塞栓性肺高血圧症
13）多発性肺動静脈瘻
14）α 1 アンチトリプシン欠損型肺気腫
15）嚢胞性線維症

16）塵肺
17）その他、肺・心肺移植関連学会協議会で承認する進行性肺疾患

除外条件としては、
1）肺外に活動性の感染巣が存在する
2）他の重要臓器に進行した不可逆的障害が存在する悪性腫瘍、骨髄疾患、冠動脈疾患、高度胸郭変形症、筋・神経疾患、肝疾患（T-Bil 2.5mg/dl 以上）、腎疾患（Cr 1.5mg/dl 以上、CCr 50ml/min 以下）
3）極めて悪化した栄養状態
4）最近まで喫煙していた症例
5）極端な肥満
6）リハビリテーションが行えない、又はその能力が期待できない症例
7）精神社会生活上に重要な傷害の存在
8）アルコールを含む薬物依存症の存在
9）本人及び家族の理解と協力が得られない
10）有効な治療法のない各種出血性疾患及び凝固能異常
11）HIV(human immunodeficiency virus) 抗体陽性が挙げられる。

一方、脳死ドナーの選択基準としては、胸部写真に異状を認めないこと、気管支鏡検査で可視範囲に膿性痰や誤嚥物を認めないこと、100％酸素換気下で動脈血酸素分圧が 300mmHg を超えていることが挙げられる。実際には、肺は脳死患者の臓器の中で最も損傷を受けやすい臓器である。脳死者からの肺が移植に使用されにくい理由として、交通事故などの外傷の場合、気胸や肺挫傷の可能性が高いこと、脳圧亢進による嘔吐のためにしばしば誤嚥があること、人工呼吸器によるバロトラウマ、血圧維持のための大量輸液による肺水腫などがある。欧米では脳死患者から移植に使用可能な肺が摘出できるのは 10 ～ 20％に過ぎないが、一方日本では 60 ～ 70％がドナーとなって脳死肺移植が行われている。これは、脳死ドナー管理を行っているメディカルコンサルタントの活躍と、いわゆるマージナルドナーを積極的に使用していることによるものである。

現在の日本では、肺移植を希望する患者は、肺移植認定 7 施設（東北大学、独協医科大学、京都大学、大阪大学、岡山大学、福岡大学、長崎大学）のいずれかで精密検査を受けなくてはならない。そして、十分なインフォームド・コンセントの後、それぞれの施設内で適応の判定を受ける必要がある。続いて、それぞれの認定施設から提出された肺移植適応検討申請書をもとに、中央肺移植検討委員会でさらに客観的に審査される。ここで肺移植適応と判断されると、日本臓器移植ネットワークに登録することができる。脳死ドナーが出現すると血液型が一致し、予測肺活量が 70 ～ 130％の範囲内の待機患者のうち、最も待機期間の長い患者がレシピエントとして選ばれる。現時点では疾患の重症度は考慮されない。

生体肺移植

適応疾患については、脳死者からの肺移植適応と基本的に同じである。生体肺移植は健康なドナー 2 人が肺の一部を提供するという犠牲の上に成り立つ移植方法であることから、脳死者からの肺移植の適応患者のうち、病気の進行が速く、これ以上待つことができない患者を生体肺移植の適応とするのが一般的である。人工呼吸器管理下や ECMO 管理下の患者に対する生体肺移植の成功例も報告されているが、あまりにも全身状態が悪化してからの移植手術は成功率が低いとされ、どの時点で脳死移植から生体移植に切り替えるかは、個々の症例で柔軟に対応しなくてはならない。レシピエントの年齢に関しては、京都大学では 65 歳未満としている。

諸外国では、レシピエントと親戚関係にない場合でも生体ドナーとして受け入れているが、日本では、2 親等あるいは 3 親等以内の血族あるいは配偶者に限定されている。患者が小児の場合、ほとんどで両親がドナーとなっている。最も重要なことは、レシピエントへの愛情に基づく自発的な意思決定である。ドナーへの説明の際には、意思決定に圧力がかからないように配慮し、いわゆる "cooling off period" を設けるように心がけるべきである。

成績

1998 年 10 月から 2011 年 7 月までに日本国内では 7 施設において、219 例の肺移植（脳死

移植 110 例、生体肺移植 109 例）が施行された。脳死移植 110 例中、片肺移植が 64 例、両肺移植が 46 例であった。

年度別の肺移植例数をみると、2010 年 7 月に臓器移植法が改正され、家族の同意による臓器提供が可能となったため、脳死肺移植症例数が明らかに増加している。法改正後の 12 か月で 44 例の脳死肺移植が施行された。

移植後の生存率をみると、国内全 219 例では、5 年生存率は 75.6％であった。生体肺移植、脳死肺移植の 5 年生存率はそれぞれ、75.9％、74.4％で有意差はない。生体肺移植経験の最も多い南カリフォルニア大学は、123 例の移植後の 5 年生存率が 45％であったと報告している。また、国際心肺移植学会の脳死肺移植成績が約 50％であるとしている。これらを比較すると、日本の肺移植の成績が非常に良好であることがわかる。演者の伊達教授の肺移植の成績であるが､岡山大学･京都大学を含めて、その 5 年生存率は 87％と驚異的である。

課題と展望

日本の肺移植は、数が少ないものの成績は良好で、脳死ドナー不足から生体移植の比率が高かった。臓器移植法改正によって、脳死肺移植数が飛躍的に増加し、待機患者には福音となっている。しかしながら、日本臓器移植ネットワークに登録されている 154 名の呼吸不全患者の待機期間が平均 1,000 日を超えているため、多くの患者が待機中に亡くなっている。また、小児に対する脳死移植も残された課題である。しばらくの間、日本においては、脳死肺移植と生体肺移植の両術式が必要であろう。

〈Q & A〉講演翌日にメールで伊達教授に質問した。

Q：ご講演の本編にありましたように、移植された肺は GVHD をおこしやすく、また感染症にも弱く、また神経も切れているので喀痰排出も困難なことがあると思われますが、欧米のデータに比べて、日本の肺移植後の成績（特に伊達教授の場合は際立っています）が良好なのは何故でしょうか？

手術手技が卓越していて術後の立ち上がりが早いから？

免疫抑制剤の使用内容が欧米と異なっているから？

免疫抑制剤と抗菌薬の使用のバランスがうまいから？

A：日本の成績が欧米の成績よりいい理由は、おそらく単一ではないと思います。簡単にいうと、丁寧にやっているからでしょう。

術前評価と適応選択、術中管理と手術手技、ICU での管理、免疫抑制剤の使い方と感染予防薬の使い方、長期管理体制など、日本は非常に丁寧にやっています。これは、欧米よりも移植数が少ないからなしえていることではあります。いずれも数値化して証明することは困難ですが、日米の両方で働いた経験から、肌で感じています。

［印象記：岩国市医師会　小林　元壯］

シンポジウム

「医療関連死の死因究明制度－法医学・病理学の立場から－」

警察に届け出なかったとして病院長らが医師法 21 条違反に問われ、平成 16 年 4 月に最高裁で有罪判決が下され、異状死体の届出義務が医療関連死にも適用された、平成 11 年の都立広尾病院の消毒液誤注射事件（看護師 2 名がヘパリンナトリウム生理食塩水と消毒液ヒビテングルコネート液を間違えて点滴内に注入して患者が死亡した事件）は、医療界に大きな衝撃を引き起こした。この事件をきっかけに医師法 21 条問題並びに死因究明第三者機関創設に向けての議論が活発となり、平成 20 年 6 月に厚労省は「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」をとりまとめたが、同年 8 月の政権交代で国会に提出されることなく、その後第三者機関創設の動きは頓座した状態であった。本年 6 月、日本医師会の医療事故調査に関する検討委員会は「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言」をまとめて発表した。そもそも医師法 21 条が注目されるようになったのは平成 6 年 5 月に日本法医学会が発表した「異状死ガイドライン」が発端である。そこで医療関連死の死因究明制度について、法医学の立場から山口大学大学院医学系研究科法医・生体侵襲解析医学分野の藤宮龍也教授に、診療関連死の解剖

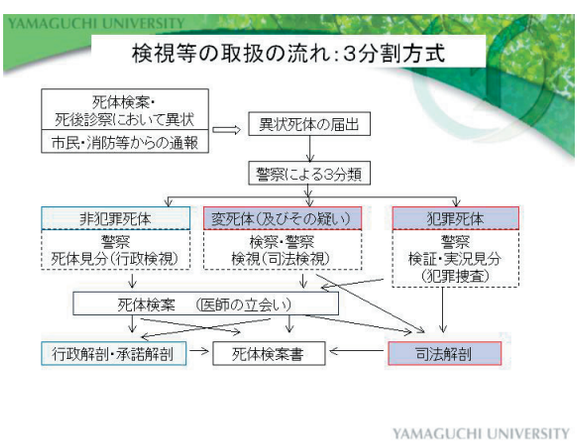
を従来担当してこられた病理学の立場から山口大学大学院医学系研究科病理形態学分野の池田栄二教授にご講演をいただき、また「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言」について高杉敬久日本医師会常任理事に解説していただくこととした。

最初に西村公一山口県医師会常任理事が概要説明として、医療関連訴訟の年次推移、医療事故の立件送致・送付数の年次推移、2000 年以降に起訴された医療関連死についての解説があった後、県内 145 病院に対して医療関連死についてのアンケートを行い、回答のあった 71 病院のうち 9 病院で計 14 件の医療関連事故死があったことが報告された。

1. 死因究明制度と医療関連死

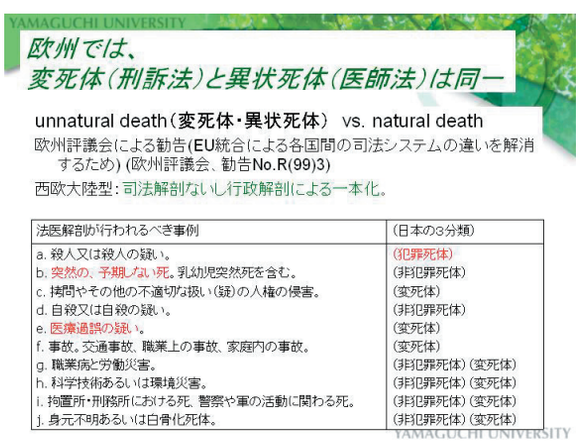
山口大学大学院医学系研究科
法医・生体侵襲解析医学分野教授　藤宮龍也

次いで藤宮龍也教授が法医学の立場から死因究明制度についての講演を行った。警察に異状死体の届け出があった場合、警察により非犯罪死体、変死体（及びその疑い）、犯罪死体に 3 分類され、それぞれ下図のように取り扱いが行われる。日本には監察



医制度があるが、いまあるのは東京、横浜、名古屋、大阪、神戸だけで、日本法医学会は戦後一貫して「監察医制度を全国に」と唱えてきたが、京都と福岡で廃止になるなど、むしろ縮小の方向にある。山口県のような地方では、戦前の司法解剖を土台として、戦後の行政承諾解剖が小規模に行われてきたのが現状である。山口県における死体取扱数（交通事故を除く）は平成 10 年頃から急速に増加しており、平成 22 年の死体取扱数は約 2 千件で、そのうち法医解剖が行われたのは 140 件程度、犯罪死体はその 1 ～ 2 割程度で、事故死、病死が大半を占めている。法医解剖率は全死亡数に対して山口県の場合約 1% であるのに対し、監察医制度のある大阪市の場合には約 5% と地域格差が大きい。

カナダのブリティッシュ・コロンビア州（以下 BC 州）におけるコロナー（検死官）の使命は、①公的記録のために行う、すべての突然死及び不自然死に関する事実の究明（死因究明）と、②突然死ないし不自然死に至った場合と同一状況下で起こりえる死亡の再発防止であり、犯罪そのものの究明を中心に行うものではないと明記されている。カナダ BC 州の検死官サービスは調査部門、司法部門、予防部門の 3 部門からなっており、調査部門は日本と同じであるが、日本と異なっているのは司法部門で、死因審査会や場合によっては検死陪審が開かれ、事実調査の結果が審査される。たとえば事故が起きた場合、その事故を防ぐためにはどうしたら良いのか、警察官が拳銃を使った場合、その使用が適切であったかどうかが議論され、必要に応じて勧告が出される。欧州では EU 統合による各国間の司法制度の違いを解消するために欧州評議会による勧告が出された。その中で法医解剖が行われるべき事例として、b. 突然の予期しない死、e. 医療過誤の疑いが明記されている（下図）。西欧の場合は犯罪死体、非犯罪



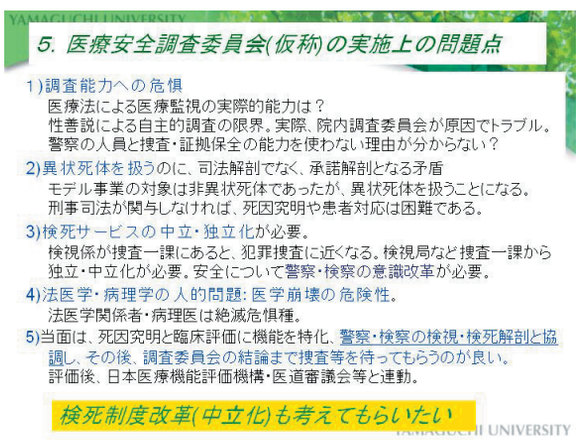
法医解剖が行われるべき事例	（日本の3分類）
a. 殺人又は殺人の疑い。	（犯罪死体）
b. 突然の、予期しない死。乳幼児突然死を含む。	（非犯罪死体）
c. 拷問やその他の不適切な扱い（疑）の人権の侵害。	（変死体）
d. 自殺又は自殺の疑い。	（非犯罪死体）
e. 医療過誤の疑い。	（変死体）
f. 事故。交通事故、職業上の事故、家庭内の事故。	（変死体）
g. 職業病と労働災害。	（非犯罪死体）（変死体）
h. 科学技術あるいは環境災害。	（非犯罪死体）（変死体）
i. 拘置所・刑務所における死、警察や軍の活動に関わる死。	（非犯罪死体）（変死体）
j. 身元不明あるいは白骨化死体。	（非犯罪死体）（変死体）

死体、変死体を含めてまず解剖をして、次の段階として刑事訴追するかどうかを決めている。

日本の場合、警察の検視係は捜査一課に所属しているので、どうしても犯罪捜査になりがちである。したがって検死制度を改革し、検視係を検死局として独立させる必要があると考える。犯罪性があった場合には刑事司法手続きが取られるが、これは全体の 1 割以下で、多くはそうではない。その場合も遺族に対して情報提供が行われるべきであるが､犯罪捜査となると情報秘匿化が行われ、情報開示がうまくいっていない。欧米の場合は事例データベースとしていろいろな場で活用できるようになっている。犯罪捜査を中心に考えて、あくまで警察と検察でするというのが日本の古典的考え方で、欧米では事実究明と再発防止が主体で事例データベースを構築し活用するという考え方である。

医療関連死は異状死体というのが先進国の常識で、承諾を必要としない法医解剖の対象となっている。法医解剖の主目的は死因究明・再発防止のためで、犯罪捜査のためではない。医療関連死については、故意でないかぎり、業務上過失致死罪の刑事訴追の対象とはならない。むしろ解剖は医師に有利だとの認識があり、欧米の医師はすぐ届け出る傾向にあるので解剖率が高い。医療関連死以外を医師法 21 条による届出対象とし、医療関連死については異状死体としての届出先を警察ではなく、中立的第三者機関にしようとする動きがあるが、欧米では警察や検察が第三者機関であり、全国民に対して罰則なしで異状死体の届出義務を課している。「中立的第三者機関と警察・司法のどちらが患者側にとって中立か？」は将来的な課題であるが、演者は警察・司法の方が中立と考えている。医療事故調査委員会を創設するにしても業務自体が難しいと考える。性善説に基づく自主的調査には限界があるし、内部告発があり調査委員会の結論がひっくりかえるようなことがあれば信頼性が失われる。因果関係の基準論では刑事、民事、医療安全で基準に差があり、刑事では 90% 以上疑わしい場合、民事では 50% 以上疑わしい場合に、医療安全では事故が起きないようにと 10% でも疑わしい場合には、それに対処することになる。委員会の中で「標準的医療から著しくかけはなれた医療」かどうかをこの基準論を無視して話し合うと、第三者からみて問題のある結論になる可能性がある。

医療事故調査委員会の中に解剖が入ると、事故調の結論がひっくり返ると解剖もひっくり返る可能性があるが、それだけは避けたい。解剖は基礎データであるので、事故調とは一線を画して行わせていただきたい。最後に下のスライドを示し、法医学、病理学の人的問題に触れ、併せて検死制度改革に向けての医師会の協力をお願いしたいと講演を締めくくった。



2. 医療関連死の死因究明制度
－病理医の立場から－

山口大学大学院医学系研究科
病理形態学分野教授　池田栄二

「私が病理学に入った当時は先輩から、『解剖をしていて犯罪の可能性があると感じたら解剖をやめろ』といわれていたので、このようなシンポジウムで話をするとは考えていなかった」との前置きで講演が始まった。医師法 21 条の根底には犯罪を見逃してはいけないということがある。しかし時代とともに異状死の概念が変わってきて、平成 6 年 5 月に日本法医学会が「異状死ガイドライン」を発表した。簡単に言うと、基本的には、病気になり診療をうけつつ、診断されているその病気で死亡することが「ふつうの死」であり、これ以外は異状死と考え、診療行為に関連した予期しない死亡、及びその疑いがあるものとして、注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、又は診療行為の比較的直後における予期しない死

亡、診療行為自体が関与している可能性があるもの、診療行為中あるいは比較的直後の急死で、死因が不明の場合で、診療行為中の過誤や過失の有無を問わないとしている。それに対して日本外科学会ほかの学会は、「診療中及びその直後の死亡について、すでに十分な informed consent がなされ、その説明の範囲内で起こった合併症による死亡は、重大かつ明らかな医療過誤と同様に論ずることはできない」と反論した。いろいろ議論があった中で、平成 17 年に日本学術会議が、「直接的医療担当者が医療過誤でなく、死に至った経過が合理的に説明できるとする場合で、合理的判断の客観性を担保するためにいわゆる第三者医師の見解を求め、第三者医師あるいは遺族等が該当担当医の説明に疑義を示す場合」と、第三者の存在が必要であるとする見解を発表したことから第三者機関という考えが出てきた。平成 14 年日本内科学会が「第三者機関設置等のための検討委員会」を発足。平成 17 年に「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」が開始された（下図）。

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業
平成17年～

平成 6年：日本法医学会からの「異状死ガイドライン」
平成13年：日本外科学会声明
平成14年：日本内科学会が「第三者機関設置等のための検討委員会」を発足
平成16年：4学会（日本内科学会、日本外科学会、日本病理学会、日本法医学会）の共同声明
平成16年：日本医学会基本領域19学会の共同声明「診療行為に関連した患者死亡の届出について～中立的専門機関の創設に向けて～」が公表
平成17年：日本学術会議（第2部・第7部合同検討会）から、第三者機関の必要性を示す見解（診療担当者により、死因が医学的に十分な合理性を背景に説明された場合も、第三者医師による合理性の担保が必要）
平成17年：モデル事業開始（共同声明の19学会、内科、外科のsubspecialty18学会、日本歯科医学会）
平成22年：一般社団法人 日本医療安全調査機構の設立され、モデル事業を継承。

実施開始時期はそれぞれの地区で異なるが、現在全国 10 か所で実施され、平成 22 年 2 月現在までに実際に受け付けられた件数は計 104 件で、当初の予想を大幅に下回っている。受け付けて解剖を行い、結論を出して遺族に説明するまでの期間を、当初 3 か月を目標としていたが、実際には平均 10.4 か月かかっている。また 1 件あたりの直接経費が 94.7 万円（評価委員への謝礼：42.6 万円、解剖経費:35.1 万円、遺体運搬費:4.3 万円、事務費 12.7 万円）もかかっている。モデル事業に対する遺族・医療機関からの評価では、遺族との関係は改善傾向が悪化傾向を上回っている。平成 20 年 12 月までの追跡事例 55 件の内訳では、刑事訴訟に至ったものは 0 件、民事訴訟になったものが 2 件と、その可能性があるものが 2 件、和解が 12 件、トラブルなしが 39 件となっている。受付件数が当初の予想を下回った原因として次のことが上げられる。①解剖への同意が得られないことが多いこと。モデル事業では解剖は承諾解剖であり、国民の解剖への拒否感情が強いこと、夜間の受付、遺体を早く返してあげたいという時間的制約がその原因と考えられる。②現行法制度下では医師法 21 条に基づく届出義務があること。したがって医療側も警察に届け出るのか、モデル事業に届け出るのか分からない。③医療機関や警察への周知が十分行き届いていないこと。④事務局での受付が 24 時間体制になっていないこと。モデル事業の中で行われた解剖では、それにより初めて死因が特定された事例はほとんどなく、手術等の医療行為、とくに時間の経過した医療行為を評価することは困難であった。しかしながら問題になった箇所以外に異状所見がないことを確認する上では意義はあった。

その後厚労省は平成 19 年 10 月に医療行為に関連した死亡の原因究明等の在り方に関する試案（第二次試案）、平成 20 年 4 月に第三次試案、そして平成 20 年 6 月に医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案を出した。第三次試案（下図）では医療安全調査委員会を設置し、医療機関は医療死亡事故の届出を委員会を所管する大臣に届出をする。医師法 21 条は改正し、医療機関が届出を行った場合には、医師法 21 条に基づく異状死の届出は不要とする。医療安全調査委員会は中央に設置する委員会の下に地方ブロック単位に委員会を設置し、そ

医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案
－第三次試案－
平成20年4月　厚生労働省

- 医療安全調査委員会（仮称）を設置する。
- 医療機関からの医療死亡事故の届出を制度化する。
- 届出先は委員会を所管する大臣とし、当該大臣が届け出られた事例を地方委員会に連絡し、これに基づき地方委員会は調査を開始する。
- 医師法第21条を改正し、医療機関が届出を行った場合にあっては、医師法第21条に基づく異状死の届出は不要とする。
  現行では、医療安全委員会に届け出ても、同時に警察の捜査が始まる可能性がある。
- 死亡時画像診断等を補助的手段として活用することも今後の検討課題である。
- 地方委員会（調査チームを含む。以下同じ。）には、医療機関への立入検査や診療録等の提出命令、医療従事者等の関係者からの聞き取り調査等を行う権限を付与する。ただし、医療従事者等の関係者が、地方委員会からの質問に答えることは強制されない。
- 医療機関からの届出又は遺族からの調査依頼を受け付けた後、疾病自体の経過としての死亡であることが明らかとなった事例等については、地方委員会による調査は継続しない。

の調査チームには各学会、病院団体、医師会、法曹界から任命された委員と医療を受ける立場を代表する有識者が参加する。誤った医療を行ったことが明らかで、その行った医療に起因して患者が死亡した（あるいはその疑いがある）場合､又は誤った医療を行ったことが明らかではないが、その行った医療に起因して患者が死亡し、その死亡を予期していなかった場合には、医療機関は届出を行わなければならないとされている。そして次のような場合には地方委員会から捜査機関に通知が行われる。すなわち、①医療事故が起きた後に、診療録等を改ざん、隠匿した場合、②過失による医療事故を繰り返しているなどの場合（リピーター医師)、③故意や重大な過失があった場合で、ここでいう重大な過失とは、死亡という結果の重大性に着目したものではなく、標準的な医療行為から著しく逸脱した医療であると、地方委員会が認めるものを意味している。現行では医師法 21 条に基づいて警察に届け出られた、あるいは遺族から警察に対して捜査依頼のあった事例に対して、警察官による捜査が行われるが、第三次試案では医療安全調査委員会に届け出られた事案のうち、調査報告書で問題ありと判断された事例が捜査機関に通知されることになる。

病理専門医は現在全国で 2,128 人しかいない。毎年の合格者数も 70 人前後である。米国と比較すると、米国では病理医は 20,660 人で医師全体の 3.2% を占めているのに対して、日本では 0.8% と日米比 0.23 で、しかも若い年齢の医師が少ないのが現状である。病理学を専門とする医師の業務は、臨床病理診断業務としては、生前の患者を対象とした外科病理診断、細胞診断があり、これだけで手いっぱいのところに、病理解剖診断、研究業務、教育業務が入ってくる。山口県で病理解剖に携わっている病理解剖執刀医は、演者が把握している限りでは大学に 11 名、その他の病院に 7 名である。

診療関連死の死因究明制度の在り方としては、一般論としては、今まで通り医師法 21 条に基づいた届出制度で警察が入ってくるが、警察の中に新しい制度を作るというやり方、もう一つは今行われている解剖を基本とした第三者機関モデル事業に準ずる制度､そして死亡時画像診断（Autopsy imaging）を併用する制度が考えられるが、山口県としては病理医の数がきわめて少なく、かつ高齢化が進んでおり、解剖を基本とした制度への対応、特に 24 時間対応は困難である。また県内に大学医学部が一つしかなく、中立性を認めてもらえるかという問題がある。東京の場合は医師の出身大学を考慮してチームを編成するということが行われている。個人的には Autopsy imaging 制度しかないのではないかと思っている。特に子どもの場合には承諾解剖では承諾を得ることができるとは思えない。しかし Autopsy imaging の画像診断は結構難しいという問題もある。

平成 17 年、WHO は「有害事象の報告及び学習の仕組みに関するガイドライン案」を出した。その中で、有害事象を報告してもらい、二度と同じことを起こさないためには次の 3 つ、①懲罰につながらないこと、②懲罰を行う機関から独立していること、③専門家による分析がなされること、が重要であると指摘している。山口県に第三者機関を作るとすると、山口大学の病理形態学講座、分子病理学講座と病院病理部の 3 つの病理と法医学講座、放射線科学講座が協力し合って、ここに県医師会、可能であれば常勤病理医を有する病院に入っていただく。法医学講座が参加することになると警察にも入ってもらうことができる。山口県の場合は藤宮先生のご尽力のお陰で警察との関係も決して悪くないので警察が入っても問題ないと思う。そして第三者機関としての公平性を担保するためにも、他県との協力体制を築ければと思う。

3. 医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について

日本医師会常任理事　高杉敬久

医療刑事裁判としては、平成 11 年の横浜市大の患者取り違え事件、都立広尾病院看護師注射薬剤取り違え事件、平成 12 年の埼玉医大抗がん剤過剰投与事件、平成 13 年の東京女子医大の心臓手術事件、平成 14 年の慈恵医大青戸病院の腹腔鏡手術事件、平成 18 年の福島県立大野病院産婦人科事件

がある。しかし一方では略式手続でひっそりと罰金刑を受ける人が結構いる。刑事罰に問われることがどういうことか理解していない人が多い。刑事責任とは刑法に違反した者に科せられる公的制裁であり、被害者が受けた心理的苦痛を慰撫する機能がある。医師に刑罰を科すことが適切かどうか。医療はいろいろな不確実性がある。人間の身体に侵襲を加えることで予測もしないことが引き起こされる。それは医師として望んでいることでない。しかしその結果刑事罰が科せられるのであれば、リスクのある医療から撤退する意識が起こり、萎縮医療につながる。何とかこの流れを断ち切らなければならない。諸外国にはないが、日本では、医師は医療事故で業務上過失致死傷罪に問われる。これには結果予見義務と結果回避義務があり、被害者の告訴がなくても捜査ができる。「業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者は、5 年以下の懲役、もしくは禁固又は百万円以下の罰金に処する」（刑法 211 条 1 項 前段）と決められている。

警察が捜査し検察に、そして補充捜査と審査を行い、起訴・不起訴を決定する。平成 16 年から 19 年にかけては立件送致件数は 90 件台と爆発的に増えていたが、平成 20 年は 79 件と少し減っている。これは大野病院事件裁判が関係していると思われる。刑事手続きは、捜査の開始として証拠保全・捜索、差し押さえ・遺体の鑑定があり、聞き取りがあって逮捕・拘留・接見禁止となるが、犯罪捜査であるから捜査機関の権力は絶大である。われわれ医師はこの中身を知らなくとも、警察が来ただけでもびっくりする。演者自身の経験では、真実を語っても疑いの目で見られる。訴えられたら「裁判なくして刑罰なし」であるから、裁判にかけられる。裁判は長期間にわたるし、弁護士費用もかかる。刑事処分になれば後追い行政処分となる。略式命令であってもその後行政処分となる。その結果、特定機能病院の取り消し、保険医療機関の停止、保険医登録の抹消・停止、海外渡航禁止、雇用関係では懲戒処分、休職扱い、会員資格・専門医資格の停止等の処分がある。事情聴取で証拠価値ありと判断されると、供述調書が作成される。黙秘権を告げられた場合は完全に被疑者扱い、犯罪者になる可能性が非常に高いということになる。事実と違う記載がある場合には供述調書に署名・押印はすべきでない。訂正されるまで署名・押印しないことが重要である。書類送検では事件調書だけが検察庁に送られる。検察官が調書を作り、起訴・不起訴は検察庁が判断する。問題はこの段階でマスコミに情報が漏れ、送検されただけで大騒ぎされる。起訴は検察官の裁量的判断に委ねられる。すなわち、①被害者本人か家族による告発があるか、②被害の程度が甚大か否か、③医療従事者の行為が怠慢か、ひどいものか、④過失の証拠が明らかか、⑤被害者に保障を提供し、謝罪しているか、⑥メディアの扱いはどうか、がかかわってくる。たとえ略式起訴であっても略式命令を認めるということは冤罪を認めること、犯罪人になるということである。行政処分が後から行われる。保釈は保釈金の納付のもと、拘留の停止が決定される。正式裁判は通常の裁判と全く同じである。

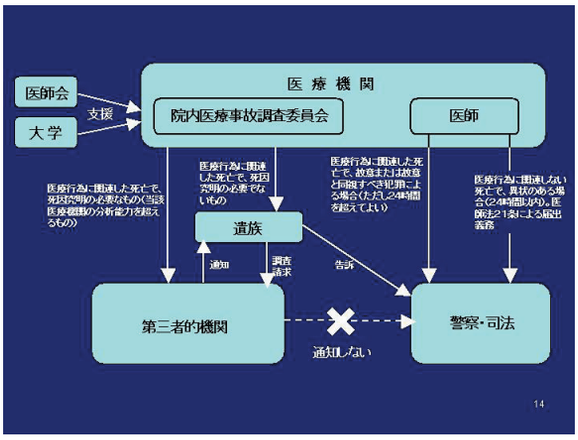
医療事故に対し刑事責任を追及することについて佐伯仁志教授（刑法学者）の意見を紹介する。①医療は善意で行われているので、医療関係者の処罰には医療事故防止の効果はないというが、他の分野と比べて特別扱いができるか。②医療過誤に刑事責任追及は委縮医療を招くとの意見があるが、必要な医療で、基準に合致すれば、正当として違法性が阻却されるはずである。③個人責任を追及する刑事処罰は、組織的な医療行為の責任の在り方に適応していないというが、では企業犯罪はどうか。④アメリカは刑事罰がないというが、行政処分が厳しく、民事も高額で多様な制裁手段がある。⑤事故解明が困難になるという意見もあるが、それは刑事責任追及の否定の理由にならない。⑥捜査機関は医療の専門知識がないというが、第三者審査機関を設置すれば良いのであり、刑事責任追及とは別個の問題である。この法律学者を医療のサイドにもってくることは大変難しい問題がある。

しかし医療には特殊性がある。医師はどんな場合にも患者を診なければならない義務がある。応召義務がある一方で医療は不確実であると言っても理解してもらえない。医療行為では、一定割合で副作用や合併症が併発することは避けられず、その医療行為を行う限り、不幸な結果が生ずることは避けて通ることはできない。これは医療人の常識である。医師にとっては日常茶飯事であって

も、患者や家族にとってはその病気は人生初めての遭遇である。このギャップが大きい。分娩で子どもが死に、不幸にして母親も死ぬということがある。家族にとっては大きな悲しみであり、いくら説明しても納得してもらえない。われわれ医師もともに悲しむのであるが、その一方で説明義務違反を問われる。予測の説明は不可能なこともある。また医師が副作用や合併症をすべて説明することは至難である。治療困難な患者に対しても医療が必要となる。その結果が悪かった場合に、結果回避の可能性・予見可能性を問われても困ることがある。強引な理屈での刑事手続のあることは否定できない。過失論の解釈は常に揺れ動く。医学は常に未解明な部分を含む。医師に未発達の責任を押し付けられても困る。常に医療水準に適った医療を提供するのは困難である。求められる医療に見合う人的・物的資源は提供されていない。限られた人的･物的資源で医療は提供されている。

厚生労働省第三次試案・大綱案が議論されたことは大きなインパクトのあることであった。その中には良いこともあった。医療機関に警察が入ることを排除する、業務上過失致死傷罪を避けるという方向性にもっていくとしたことは評価される。8 割が賛成したというが、その 8 割の賛成者の中にも多くの問題点を指摘しているにもかかわらず、それらを無視した上での 8 割で、全員がすべて賛成というわけではない。ただ医療関連死を医師法 21 条の届出義務から除外すること、新しく死因究明のために事故調査制度を立ち上げることには誰も異論はないと思われる。しかしながら、調査委員会から警察へ報告する事例の範囲が曖昧であること、遺族からの訴えがあっても警察・検察は捜査に入ることには問題がある。大綱案の中に「警察は謙抑的に対応する」というが､今「謙抑的」といっても 10 年先に「謙抑的」であるがどうか保証されているわけではない。30 年先の医療が描けないような制度を作ってもしかたがないと考え、演者は反対した。しかし、これまでの議論をこのまま終焉させてしまうことは、医療界のみならず、社会にとって不幸なことである。議論を再開し、さらに発展させようではないかと考えた。

基本的考え方は、①すべての医療機関に院内医療事故調査委員会を設置する、②医療界、医学界が一体的に組織・運営する「第三者的機関」による医療事故調査を行う、③医師法 21 条の改正を行い、医療関連死は警察には届け出ない。④ ADR の活用を推進する、⑤患者救済制度を創設する、というものである。医療事故調査制度の目的は医療事故原因究明と再発予防で、医療界・医学界が一体となって組織・運営する第三者機関を柱とし、医療界が自ら定める職業規範の責務を果たすという点で、自律的かつ意欲的に医療の質向上に努め、国民が安心と信頼をもって医療を受けられる体制を築く。院内医療事故調査委員会は、患者満足度を含めた医療の質向上のための平時の医療安全委員会と、医療事故が起こった時に開催される医療事故調査委員会の 2 つで、後者は院内の委員と外部委員（専門委員、法律家、有識者）で構成され、死亡時画像診断 (Ai) や病理解剖などによる分析が行われる。事故を個人の責任に求めることは避ける。医療関連死は警察に届け出ない。しかし、故意又は故意と同視すべき犯罪がある場合は、警察へ届け出る。小規模病院や診療所においては、医師会・大学等からの支援を依頼できる体制を築く。院内の事故調査で医療関連死で死因究明が必要と判断され、当該医療機関において可能な限り調査分析を行ったにもかかわらず、その分析能力を超えるものについては、医療界、医学界が一体的に組織・運営する「第三者的機関」の地方組織に調査を依頼する。その調査結果は、当該医療機関・患者家族・医師会へ通知し、プライバシーに配慮した上で公表はするが、警察・司法へは調査結果を通知しない。患者・家族から「第三者的機関」へ調査請求することも可能とする。医師法 21 条の改正を行い､本条の罰則は廃止する。「医療行為に関連した死亡」については、医師法 21 条が対象とする「異状」に含めない。「医療行為に関連した死亡」については、24 時間以内の届出義務を課さない（次頁上図)。ADR の活用を推進する。受療者側と医療者側の対話を進め､話し合って解決する。ADR は、地域住民、受療者がアクセスしやすい形であることが大切と考える。患者救済制度を創設したいと考えている。過失、無過失を問わず医療に起因する有害事象について、患者救済制度を設ける。医師免責については、WHO の報告を踏まえて今後の検討課題とする。



現在法制化へ向けて、「日本医師会としての考え方」を公表し、今後、全国の医師会などに説明、意見募集の機会を設ける。一般会員、医療関係団体、その他幅広く意見募集し、およそ 1 年間をかけて、説明と意見募集を重ねる。国会議員との意見交換を行う。7 月 24 日開催の日医総研シンポジウム「更なる医療の信頼に向けて－無罪事件から学ぶ－」は大きな反響を呼んだ。そこから得た教訓は、①院内事故調の実施方法についてはルールが必要、②第三者機関があり、機能していれば、専門性を踏まえ、かつ公平・中立な判断がなされていれば、刑事事件にはならなかった、③医療事故の刑事事件化は医療安全に繋がる成果を生まないばかりか、負の結果のみを残す、④医療事故をマイナスに終わらせない知恵が大事、⑤刑事司法への糸口となっている医師法 21 条が現存する限り、刑事事件化への仕組みは変わらない、というものであった。8 月 28 日、「医療の質向上に資する無過失医療補償制度の在り方に関する検討委員会」が立ち上がった。その中で、補償水準・範囲・申請・審査・支払い・管理の仕組みの在り方、医療事故の原因究明及び再発防止の仕組みの在り方、負担のあり方、訴訟との関係、その他が検討される。今後の議論を期待したいと考える。

厚労省の医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案が国会提出直前に政権交代があり、その後医療関連死の死因究明制度についての議論は中断したままであった。本年 6 月に日医の医療事故調査に関する検討委員会が「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言」をまとめ発表したことで、再び議論が活発化することが期待されている。このたびのシンポジウムで山口大学法医学の藤宮教授が提案した、検屍局を警察から独立した形で創設し、医療関連死の死因究明を検屍局で行うという考え方は、従来の医療関連死の死因究明のためだけの第三者機関を創設するという考え方とは一線を画するもので、大変面白いと思う。ただ医療界の大半の意見は早急に死因究明制度を立ち上げてほしいというもので、法医学者その他のスタッフの数の少なさを考えると、すこし将来の課題ではないだろうか。また警察が捜査に入ることに対する抵抗もあると思われる。

一方で、今回の日医の提言では、院内の医療事故調査委員会が事故の原因調査、再発防止に向けての検討を行うとなっているが、地方の医療機関は小規模医療機関が多く、たとえば山口県の場合、規模の比較的大きな公的医療機関であっても、山口大学附属病院の 736 床を除くと、150 床から 500 床程度であり、事故当事者を除く院内の専門科医師がゼロというケースが多いと思われる。また外部から専門家を招聘するといっても、同じ医局出身者ということになると、患者遺族、県民、国民が公平性、中立性を認めてくれるであろうか。同じことは「第三者機関」の地方組織にもいえる。構成委員の大部分を山口大学医局出身者が占めることになると、第三者性を担保していると認めてもらえるか。そう考えると、山口大学病理学の池田教授が指摘しているように、隣接県との連携が重要となると思われる。また提言では医師法 21 条の改正を行うとしているが、異状死体を認めた場合、医師でなくとも警察に届け出るのは当たり前のことであるので、わざわざ罰則まで設けた上で、医師に届出義務を課す必要は無い。したがって医師法 21 条の改正ではなく、廃止を目指すべきと考える。医療事故に業務上過失致死傷罪を適用することの無理、無意味は高杉日医常任理事が指摘するとおりと考える。早急にそのように対処していただきたいと考えるが、その代わりにわれわれ医師自身が自浄作用を発揮することが大切で、医療事故を起こし、それが医療技術や医学知識の未熟、欠乏によると判断された医師、医療事故を繰り返すリピーター医師の再教育の在り方を検討・実践することが重要と考える。

[記：副会長　吉本　正博]

県医師会の動き

副会長

小田悦郎

日医は 11 月 14 日に小宮山厚生労働相に対し、ワクチン接種緊急促進事業の継続を求める要望書を提出しました。16 日現在で都道府県、郡市医師会 71 が継続を求める要望書を小宮山大臣に提出しているようです。ワクチン接種緊急促進事業では、2011 年度末まで、子宮頸がん予防 (HPV) ワクチン、ヒブ (Hib) ワクチン、小児用肺炎球菌の 3 ワクチンに公費補助を行っています。今回の要望は、この 3 ワクチンの公費補助の継続と、法改正による定期接種化の要望であります。政府は今年度第 4 次補正予算を来年の通常国会に提出することを固めており、そのなかにこの 3 ワクチンの公費補助継続が盛り込められているようで、4 次補正予算は、震災関係だけではなく来年度までの予算で対応している事業の延長なども対象になっているようです。また、小宮山大臣は 3 ワクチンの接種費用助成は、定期接種になるまで基金で対応していくとしています。先の合同協議会では、県内の市町は、たとえ国からの補助がなくなったとしても、2 階へのはしごを外すわけにはいかず、何らかの補助をし、3 ワクチンの継続を考えている市町が多いようでした。県医師会としましても、3 ワクチンの公費補助、定期接種化を小宮山厚生労働相、二井県知事に要望を行っているところです。さる 11 月 15 日に**自民党県連環境福祉部会との懇談会**で、平成 24 年度の施策・予算要望項目のうち、「地域医療の確保と国民皆保険制度の堅持」及び「子宮頸がん等ワクチン接種事業」について、地方自治法第 99 条に基づく意見書採択のための請願書を提出するよう要望をしました。協議の結果、2 項目の請願書を県議会議長に提出することになりました。①「地域医療の確保と国民皆保険制度の堅持を求める請願」、②「子宮頸がん等ワクチン接種事業の継続に関する請願」であります。参考までに、地方自治法第 99 条とは、地方公共団体の議会は、地方公共団体の公益に係る事柄に関して、議会の議決に基づき、議会としての意見や希望を意見書として、内閣総理大臣、国会、関係行政庁に提出することができるという内容で、これもなかなかハードルが高くて、提出された請願書は、全会派の賛同が必要で、その場合、県議会は、意見書として採択し、議長名で国会、関係行政庁に提出可能となっているようであります。

11 月号でも述べましたが、日医の「2020・30」推進懇話会の参加者が決まりました。男女共同参画部会推薦の 3 女性医師であります。日医では「女性一割運動」として、①平成 24 年度までに委員会委員に女性を最低 1 名登用、②平成 26 年度までに、理事・監事に女性を最低 1 名、常任理事に女性を最低 1 名登用する目標を上げ、展開することにしています。懇話会がどんなものかよくわかりませんが、3 先生方には懇話会に出席され、有意義なものにしてほしいと思います。また県医師会への報告もよろしくお願いします。

10 月 24 日に、**県民の健康と医療を考える会**がありました。「受診時定額負担」反対の決議を採択し、10 月 27 日に、決議文を**二井知事、県選出国会議員及び県議会議長に**とどけました。

10 月 29 日に、富山県で**平成 23 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会**が開催されました。メインテーマは「勤務医の働き方と生きがい（よりよい就労環境を求めて）」で、特別講演、基調講演、日医からの報告、パネルディスカッション等盛りだくさんの内容でありました。最後に富山宣言を採択しまして、閉会となりました。詳しくは会報 1094 頁をご覧ください。

同日に、静岡県で**第 42 回全国学校保健・学校**

多くの先生方にご加入頂いております！
詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください
お申し込みは随時受付中です
医師賠償責任保険
所得補償保険
団体長期障害所得補償保険
傷害保険
取扱代理店　山福株式会社
TEL 083-922-2551
引受保険会社　株式会社損害保険ジャパン
山口支店山口支社
TEL 083-924-3548
損保ジャパン

医大会が開催されました。メインテーマは「『学校医』我々にできること～子ども達の健やかな身体とゆたかなこころを育むために～」でありまして、午前中は 5 分科会の討議で、午後からは、シンポジウム及び特別講演があり閉会となりました。勤務医部会と会議が重なり、県医師会の出席者が分散された格好になりました。日医の日程調整がうまくいかなかったと思われます。

11 月 10 日に、**平成 23 年度第 1 回山口県医師臨床研修推進センター運営会議**がありました。この中で、臨床研修病院の募集定員に係る県調整枠の配分について、募集枠を有効に活用するために、県から 2 つの提案がありました。①余っている山口大学医学部附属病院枠のうち、附属病院が有効に活用されると判断される場合、配分を希望する研修病院にその枠を譲渡するというもので、また、これらの折衝は、附属病院と研修病院で行うとしたものであります。協議の結果、この提案については、実施の方向で進めることになりました。②研修医の県内定着を促進するために、3 年目の研修医の県内定着が悪い病院の配分枠の一つを、定着率の高い病院に再配分するというもので、この提案については、考慮すべき問題点が多く、今後検討を進めていくということになりました。

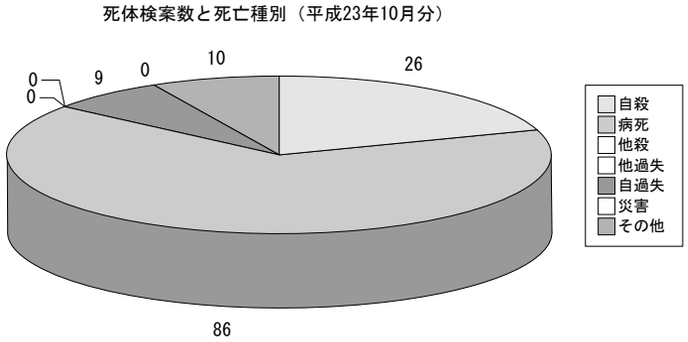
11 月 12 日に、**日医生涯教育協力講座セミナー**がありました。テーマは「地域医療と予防接種～ワクチンがもたらす恩恵～」でありまして、ワクチンギャップ、注目される乳幼児ワクチン、細菌性髄膜炎に罹患した子どもの親の体験談、県小児科医会のアンケート調査報告「山口県での同時接種の現状」等が主な内容でありました。そのなかでも、前述しました 3 ワクチンの公費補助の継続と定期接種化が話題となっていました。

最後にお願いがあります。今号は要望やら、請願やら、お願いやらで申し訳ございません。例の特定看護師の件です。厚生労働省「チーム医療推進会議」で検討されている最中のようですが、どうも厚生労働省は「看護師特定能力認証制度」を創設する方向を打ち出し、会議での議論が不十分のまま、来年の通常国会において保健師助産師看護師法の改正を行うつもりのようです。日医は、医療安全が損なわれるとの観点より、かねてより反対の立場をとっています。後日先生方には、郡市医師会より日医の反対の考え方の文書が送付されると思いますが、ぜひご賛同いただき、地元選出の国会議員にその反対を働きかけてもらいたいと思います。

死体検案数掲載について

山口県警察管内発生の死体検案数

	自殺	病死	他殺	他過失	自過失	災害	その他	合計
Oct-11	26	86			9		10	131



理事会　第 14 回

11 月 10 日　午後 5 時～ 7 時 33 分

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・田中 (義)・萬・田中 (豊) 各常任理事、武藤・田村・河村・城甲・茶川・山縣・林各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項

1　郡市医師会長会議について

12 月 15 日開催予定の会長会議の議題について協議した。

2　後期高齢者医療制度における健康診査の未受診者に対する受診勧奨について

山口県後期高齢者医療広域連合では、昨年度に続き、今年度も健康診査の受診者数の増加を図るため、未受診者に対し受診勧奨に取り組むこととしている。今年度は送付対象者を絞り込んで、ハガキによる勧奨と封書による勧奨を実施する。通知文書の内容については、十分改善されていないところがあるので、次年度に向けて引き続き申し入れていくこととし、了承された。

3　山口県医師互助会事業廃止後の対応について

山口県医師互助会の事業が廃止されることから、山口県医師会福利厚生事業の見直し（会員弔慰金規程の創設）、医師国民健康保険組合事業の見直し、民間医療保険の斡旋の３つの対応策が検討された。

4　「介護職員等医療的ケア研修事業実施協議会」への参画並びに会員の推薦について

介護職員等に対する医療的ケア研修事業の実施にあたり、これを円滑に進めるための協議会への参画要請及び会員の推薦依頼があり、協議のうえ、参画すること及び会員を 1 名推薦することとした。

5　「勤務医のための主治医意見書の書き方講習会」の開催について

例年開催している「主治医意見書記載医のための主治医研修会」のほか、新たに勤務医に限定した講習会の開催について検討し、会場を病院として開催することとした。

6　日本医師会主催第 2 回シンポジウム「会員の倫理・資質向上をめざして～ケーススタディから学ぶ医の倫理～ (仮) について」

会員の倫理・資質向上に向けた実践的な情報発信、情報交換等の場として昨年度から日本医師会が開催しており、参加者について協議した。

7　山口県小児科医会学術講演会の名義後援について

名義後援することが了承された。

人事事項

1　山口県新型インフルエンザ対策協議会委員について

山口県健康福祉部長より、新型インフルエンザの感染拡大を可能な限り抑制し、感染者が速やかに必要な医療を受けられる体制等の協議を行うため協議会を設置することから、委員 2 名の推薦依頼があり、協議した。

2　「メンタルヘルス対策支援センター事業」における運営協議会委員について

独立行政法人労働者健康福祉機構は、厚生労働省から「メンタルヘルス対策支援センター事業」の委託を受けて事業を実施している。この事業の円滑な推進に必要な連携を図ることを目的に、業務運営委員会が設置されることとなり委員の推薦依頼があり、河村理事に決定。

報告事項

1　医事案件調査専門委員会（10 月 20 日）

病院 4 件、診療所 1 件の事案について審議を行った。（西村）

2　郡市医師会特定健診・特定保健指導担当理事及び関係者合同会議（10 月 20 日）

平成 22 年度の実施結果、23 年度の実施状況の報告と来年度の実施に向けて協議した。（山縣）

3　山口産業保健推進センター運営協議会（10 月 20 日）

今年度の上半期事業報告及び下半期の事業計画

について協議した。（木下）

4　山口県母子保健対策協議会不妊相談専門委員会 (10 月 20 日)

不妊専門相談センター・女性健康支援センターにおける相談実績についての報告及び不妊治療費助成事業にかかる報告があった。健康福祉センターにおける不妊専門相談事業等について協議した。（藤野）

5　第 3 回生涯教育委員会（10 月 22 日）

11 月、2 月の生涯研修セミナーの業務分担の確認と来年度生涯研修セミナーの企画について協議した。（茶川）

6　第 11 回全国障害者スポーツ大会：おいでませ！山口大会開会式（10 月 22 日）

開会式に出席し、救護所等の視察をした。（城甲）

7　中国四国医師会連合連絡会（10 月 23 日）

中国四国ブロック選出の理事より各担当事業の中央情勢報告のあと、議事運営委員会の報告等があった。（杉山）

8　第 14 回やまぐち糖尿病ウォークラリー大会（10 月 23 日）

本会と糖尿病対策推進委員会共催。糖尿病の患者とその家族等が参加し開催された。（弘山）

9　県民の健康と医療を考える会（10 月 24 日）

「日本の医療を守るための国民運動」の一環として受診時定額負担の導入及び医療の営利産業化反対の決議を採択した。後日関係機関に要請活動をすることになった。（田中義）

10　山口県報道懇話会との懇談会（10 月 26 日）

報道懇話会加盟 7 社の参加により最近の医療を取り巻く情勢について意見交換を行った。（田中義）

11　中国地方社会保険医療協議会山口部会 (10 月 26 日)

医科では新規 1 件（組織変更）が承認された。（小田）

12　山口県薬事功労者・献血運動推進協力者表彰式（10 月 27 日）

薬事功労者山口県知事表彰 3 名、献血運動推進協力者表彰 22 団体（厚生労働大臣表彰状 2 、厚生労働大臣感謝状 6 、山口県知事感謝状 6 、山口県献血推進協議会長感謝状 8）の表彰式が行われ、山口県献血推進協議会長として感謝状を授与した。（木下）

13　社会保険医療担当者の監査 (10 月 26 日・27 日)

病院 1 機関について実施され立ち会った。（萬、田村）

14　山口県医師臨床研修推進センター国内外からの指導医招へい事業講演会（10 月 28 日）

沖縄県立中部病院地域救命救急診療科部長の雨田立憲先生による「沖縄県立中部病院での指導医の経験から～救急室（ＥＲ）研修を中心に～」の講演が行われた。（吉本）

15　全国医師会勤務医部会連絡協議会 (10 月 29 日)

富山県医師会の担当により、「勤務医の働き方と生きがい（よりよい就労環境を求めて）」をメインテーマとして開催された。午前中は横倉副会長による特別講演「日本医師会の医療政策について」、嘉山孝正国立がん研究センター理事長・総長・中央病院長による特別講演「勤務医の処遇改善」、次期担当県（愛媛県）挨拶が行われた。午後は、日本医師会勤務医委員会報告、「東日本大震災 - 現地からの報告・被災地への医療支援 -」、富永隆治九州大学大学院医学研究院循環器外科教授による基調講演「若い外科医の過重労働と改善のための方策」と、「よりよい就労環境を求めて」をテーマにしたパネルディスカッションが行われ、最後に「富山宣言」が採択されて閉会した。参加者は 450 名。（城甲、林）

16　第 42 回全国学校保健・学校医大会、都道府県医師会連絡会議（10 月 29 日）

静岡県医師会担当。午前中、５つの分科会が行われ、昼食時、都道府県医師会連絡会議が開催された。午後から、「学校における検診システムの現状と課題」をテーマに、基調講演・シンポジウムが行われ、続いて、「21 世紀の幸福論－ IT は

人を幸せにするかー」と題して、静岡理工科大学志村史夫教授の特別講演があった。（濱本）

17　県民公開講座「がんと向き合って生きる」（10 月 30 日）

山口大学医学部軽音楽部「Latin Echoes」の演奏をオープニングに、フォトコンテスト表彰式と日本対がん協会会長・元国立がんセンター総長の垣添忠生先生による講演「がんと向き合って生きる」が行われた。会場からは、がん治療をしている夫と、どのような気持ちを持ちながら生活をしたらよいかなどの質問がされ、盛会であった。参加者約 200 名。（田中義）

18　第 4 回山口県糖尿病療養指導士講習会（10 月 30 日）

今回で今年度全 4 回カリキュラムを修了。修了認定試験の受験者 212 名。（弘山）

19　第 65 回長北医学会（10 月 30 日）

23 の会員講演と、たつき総合法律事務所の平岡　敦弁護士による特別講演「医療と法律」が行われ、盛会であった。（杉山）

20　山口県衛生検査所精度管理専門委員会（11 月 1 日）

平成 22 年度衛生検査所立入検査の改善報告等があった。（田中豊）

21　医療安全推進者養成講座（11 月 3 日）

日本医師会において、「我が国の医療安全施策の動向」等の講習及びシンポジウム「医療安全の未来への展望」が行われた。（林）

22　中国四国医師会連合常任委員会（11 月 5 日）

中央情勢報告の後、中国四国医師会各種研究会の運営、来年度行事の予定について報告があった。また、「受診時定額負担導入阻止」、「TPP への参加反対」等について協議した。（杉山）

23　病院勤務医懇談会（11 月 8 日）

小田裕胤企画委員長の司会のもと、日常診療における問題点、要望事項等の発言があり、意見交換を行った。山口赤十字病院からは、①病院勤務医の実態と負担の軽減、②医師・看護師不足に対応したチーム医療の推進、③小児救急医療の取り組み、④臨床研修に対する支援の 4 つのテーマが出された。（田中豊）

24　社会保険診療報酬支払基金山口支部幹事会（11 月 9 日）

審査関係訴訟事件の判決、東日本大震災に伴う診療報酬等請求支払の状況等が報告された。（木下）

25　会員の入退会異動

入会 7 件、退会 3 件、異動 7 件（11 月 1 日現在会員数：1 号 1,308 名、2 号 947 名、3 号 409 名、合計 2,664 名）。

26　会報掲載記事予定

12 月号、1 月号の会報掲載記事と執筆者の予定が報告された。（田中義）

医師国保理事会　第 12 回

1　平成 24 年度事業の見直しについて

山口県医師互助会事業廃止に伴い、75 歳未満の甲種組合員について、傷病手当金制度の創設と葬祭費の支給額の増額について協議。来年 2 月の組合会に規約の一部改正として議案を上程することを決定した。

2　全医連第 41 回（臨時）理事会について（11 月 2 日）

三師会の決議の取り扱いについての協議や全医連第 49 回全体協議会決議文の送付先について等の報告があった。（木下）

3　第 10 回「学びながらのウォーキング大会」について

11 月 23 日（水・祝）に岩国市で開催する大会の役職員業務分担等について協議した。

4　傷病手当金支給申請について

1 件について協議、承認。

理事会　第 15 回

11 月 24 日　午後 5 時～ 7 時 45 分

木下会長、吉本・小田副会長、杉山専務理事、濱本・西村・弘山・田中 (義)・萬・田中 (豊) 各常任理事、田村・河村・城甲・茶川・山縣・林各理事、山本・武内・藤野各監事

協議事項

1　新公益法人移行 (事業関係) 対策について

新法人における医師会の継続事業については、いずれも「県民が何時でも何処でも良質な医療福祉等を享受できる提供体制」を構築するための事業であることから、一つにまとめて申請する方針をとることが協議された。

2　特定看護師 (仮称) 問題について

厚生労働省が来年の通常国会での法改正を予定している「看護師特定能力認証制度」の創設等の問題について、日医から各都道府県医師会へ対応の協力要請があり、協議の結果、県選出の超党派の国会議員に対して問題点を説明し、理解を得ることとした。

3　意見書の採択を求める請願の提出について

自由民主党山口県連環境福祉部会との懇談会において、平成 24 年度の施策・予算要望した項目のうち、「地域医療の確保と国民皆保険制度の堅持」及び「子宮頸がん等ワクチン接種事業」については、地方自治法第 99 条に基づく意見書採択のための請願書を提出するよう要請があり、内容について協議した。

4　第 71 回日本公衆衛生学会総会への協賛について

現行の規程により 10 万円の助成金とすることに決定。

5　事務所の賃貸について

新公益法人制度移行にあたって、特定のものに不当な利益を与えてはならないとされているため、平成 23 年度より山口県医師国民健康保険組合と山福株式会社より、家賃を納めていただくこととなった。

6　「2020.30」推進懇話会参加者の推薦について

男女共同参画部会の 3 名の理事を推薦することとなった。

報告事項

1　平成 23 年度第 1 回山口県医師臨床研修推進センター運営会議（11 月 10 日）

平成 24 年度事業に係る要望、規約の改正、臨床研修病院の募集定員に係る県調整枠の配分等について協議した。（田中豊）

2　山口県医師会有床診療所部会第 2 回役員会、平成 23 年度総会（11 月 10 日）

第 2 回役員会に引き続き、平成 23 年度総会を開催。平成 22 年度事業報告・決算報告及び平成 23 年度会費、事業計画案・予算案が承認された。次回の総会は、部会員が出席し易くするよう、検討することとなった。（河村）

3　新規医療機関個別指導「下関地区」（11 月 10 日）

診療所 10 機関について実施され立ち会った。（萬、田村）

4　山口県学校保健連合会表彰審査委員会（11 月 10 日）

被表彰者の審査を行った。（杉山）

5　第 1 回山口県准看護師試験委員会（11 月 10 日）

平成 23 年度の准看護師試験実施要領（案）等について協議及び 22 年度の試験結果について報告があった。（西村）

6　男女共同参画委員会第 3 回理事会（11 月 12 日）

日医男女共同参画委員会関連の報告後、各ワーキンググループの活動状況報告及び、意見交換を行った。（田村）

7　第 2 回育児支援ワーキンググループ、保育サポーターバンク運営委員会合同委員会（11 月 12 日）

女性医師及びサポーターからの現況報告等のあと、「保育サポーターバンク実施要領」「保育サポー

ターバンク運営委員会規則」の一部改正、報酬等の目安、サポーター登録時の面談等について協議した。（田村）

8　日医生涯教育協力講座セミナー「地域医療と予防接種～ワクチンがもたらす恩恵～」（11 月 12 日）

特別講演として、独立行政法人国立病院機構福岡病院統括診療部長の岡田賢司先生による「日本のワクチンギャップを解消するために」、川崎医科大学小児科学主任教授の尾内一信先生による「各論　注目される乳幼児ワクチン－最近の話題－」、一般講演として、細菌性髄膜炎から子どもたちを守る会事務局長の高畑紀一先生による「我が子が細菌性髄膜炎に罹って」、金子小児科院長の金子淳子先生による「山口県での同時接種の現状－県小児科医会アンケート調査より－」が行われ、参加者は 46 名であった。（小田）

9　やまぐち元気フェア～生涯現役、8020 運動、健康づくり～（11 月 13 日）

主催者の一人として開会式に出席。県医師会から糖尿病に関する相談コーナー、皮膚病の相談コーナーを出展した。（木下）

10　南野京右長門市長　長門市葬（11 月 14 日）

葬儀に参列した。（木下）

11　自由民主党山口県連環境福祉部会との懇談会（11 月 15 日）

本会の要望事項 5 項目について協議・要望を行った。（杉山）

12　第 1 回山口県医療対策協議会（11 月 15 日）

平成 23 年度医師確保対策の取組状況、第 11 次へき地保健医療計画の実施、次期保健医療計画の策定について報告があり、協議した。（木下）

13　広報委員会・歳末放談会（11 月 17 日）

広報委員会は、会報主要記事掲載予定 (12 ～ 2 月号) 、炉辺談話、歳末放談会、tys「スパ特」のテーマ等について協議した。歳末放談会は、岸本委員を司会として東日本大震災と山口国体・山口大会をテーマに行った。（田中義）

14　郡市医師会労災・自賠責保険担当理事協議会（11 月 17 日）

労災保険の状況（労災かくしの状況等）について山口労働局から説明及び交通事故医療の健保使用等について協議を行った。（萬）

15　医事案件調査専門委員会（11 月 17 日）

病院 1 件、診療所 3 件の事案について審議を行った。（西村）

16　社会保険医療担当者の監査（11 月 17 日）

病院 1 機関について実施され立ち会った。（萬、田村）

17　献血推進ポスター・作文審査会（11 月 17 日）

県内から応募のあった作品の審査を行った。（木下）

18　山口県母子保健対策協議会 HTLV － 1 母子感染予防専門委員会（11 月 17 日）

国の HTLV － 1 総合対策及び山口県の現状や取り組みの経緯、妊婦健診抗体検査の状況、市町・保健所の相談等の状況について報告があり、協議した。（濱本）

19　第 2 回部落解放・人権確立をめざす県民のつどい（11 月 17 日）

特別報告「県内のあいつぐ差別事件から」及び講演「土地差別調査事件が問いかけるもの」に参加した。（事務局長）

20　山口県福祉サービス運営適正化委員会第 68 回苦情解決部会（11 月 18 日）

苦情相談について協議した。（萬）

21　医師の職場環境改善ワークショップ研修会（11 月 19 日）

医療機関の管理者や産業医を対象に、医療機関における職場環境改善に必要な産業保健に関する講演、メンテナンスに関する講演及びグループワークによるケーススタディを実施した。参加者 16 名。（河村）

22　山口県理学療法士会創立 40 周年記念式典（11 月 19 日）

式典に出席し、祝辞を述べた。（木下）

23　第 14 回山口救急初療研究会（11 月 19 日）

一般演題、ヒヤリ・ハット症例、県ドクターヘリにかかる発表があった。（弘山）

24　宇部市医師会創立 90 周年記念式典（11 月 20 日）

式典に出席し、祝辞を述べた。（木下）

25　日本医師会女性医師支援センター事業中国四国ブロック会議（11 月 20 日）

日本医師会女性医師支援センター事業及び女性医師等支援相談窓口の解説・活動状況の報告、各県の復職支援事業、保育支援事業について意見交換がなされた。（田村）

26　中国四国医師会連合医事紛争研究会（11 月 20 日）

各県から提出された議題に対する討論及び日本医師会への質問に対する回答・討論が行われた。（西村）

27　山口県健康福祉財団第 65 回理事会（11 月 21 日）

平成 24 年 4 月 1 日付けで公益法人に移行することが議決されており、これに関連した公益法人移行に伴う定款の整備、役員の報酬総額、会計監査人の選任等について審議した。（事務局長）

28　第 2 回山口県医療審議会、第 77 回山口県医療審議会医療法人部会（11 月 22 日）

地域医療支援病院の名称使用、医療法人の設立認可 4 件について審議した。（木下）

29　山口県予防保健協会臨時評議員会（11 月 22 日）

公益法人制度改革への対応について協議した。（田村）

30　かかりつけ医認知症対応力向上研修会（11 月 23 日）

4 人の講師による、基本知識・診断・治療とケア・連携の講習及び症例検討（ワークショップ）を開催。受講修了者に修了証を授与し閉会した。長北医療センター（萩市）で開催。受講者 16 名。（河村）

31　健康スポーツ医学実地研修会（11 月 23 日）

特別講演「ウォーキングの科学～歩くってなんじゃろう～」と題して、川崎医療福祉大学宮川　健教授の講演の後、錦帯橋、城山をウォーキングした。（濱本）

医師国保理事会　第 13 回

1　第 10 回「学びながらのウォーキング大会」について

11 月 23 日（水・祝）に岩国市で開催。吉川史料館藤重　豊館長の「吉川氏の系譜」と題した特別講演があった。その後、雨天によりウォーキングコース等の変更はあったが、約 2 時間のウォーキングを行った。参加者 101 名。（濱本、田中豊）

2　傷病手当金支給申請について

2 件について協議、承認。

3　事務所の賃貸について（医師会協議 5 と同じ）

平成 23 年度より県医師会に家賃を納めることについて協議、議決した。

山福株式会社取締役会

1　上半期の決算報告について

上半期決算状況を報告、承認された。

自動車保険・火災保険・積立保険・交通事故傷害
保険・医師賠償責任保険・所得補償保険・傷害保険ほか

あなたにしあわせをつなぐ

株式会社損害保険ジャパン 代理店
共栄火災海上保険株式会社 代理店
山 福 株 式 会 社
TEL 083-922-2551

女性医師
リレーエッセイ

クリスマスによせて

宇部リハビリテーション病院　村上　知早

もうじきクリスマスだ。私はクリスマスがとても好きだ。クリスマスソングが町を流れ始めるとなんとも浮き浮きした心もちになる、子供の時我が家ではクリスマスのお祝いはしていたがプレゼントはなかった。母はいつも「うちは仏教徒だから」と言っており兄も私も特にそれに対して異を唱えないよい子であった。ただクリスマスシーズンになるとおもちゃのカラー広告が毎週のように新聞にはさまれてくる。広告に載っているきらきらしたおもちゃを私はうっとりと飽かずに眺めていた。大人になり、もうおもちゃは欲しくない。大人は欲しいものはクリスマスでなくとも買っているので感動的な喜びはもはやない。私は叶えられなかった子供の頃の夢をわが子に託したかった。まあつまりクリスマスプレゼントでびっくりさせて喜ばせたかったのだ。最初のプレゼントは長女が保育園年少であったかと思う。かなりおしゃまになってきた娘に私は絶対の自信をもって真っ赤なワンピースを買った。いつもなら買わないわりと高価なクリスマスにお似合いの赤いワンピース。娘は有頂天になって喜ぶだろう。サンタさんが来るよと言って散々あおり、娘が寝ているすきに私はわくわくしながらプレゼントを玄関においた。結果クリスマスの朝紙袋をあけた娘は泣き伏した。娘が期待していたものはおじゃ魔女どれみちゃんのドレスであったことをそのとき知った。「一生懸命徹夜でプレゼントを配ってくれたサンタさんに申し訳ないと思わんの？」と娘を叱りつつ、これは我儘ではないかとも思いつつ私は悲しかった。私は子供の時あまりおもちゃを買ってもらっていない。このためハングリーであり、今でも物欲は結構強い。物欲は生きていく上での力となり喜びとなるというのがどうでもいいことだが私の持論である。だから子供にはおもちゃをあまり買わない。DS や Wii といった必須アイテムすらずっと買わなかった。虫キングカードもラブベリーのカードも小遣いから買わせた。だからこそせめてクリスマスプレゼントだけは（サンタさんが持ってくるので私の日頃の言動と一致せずともいいので）子供を思いっきり喜ばせたい。多少の我儘はいいではないか。ということでこの失敗を礎に毎年 11 月頃から子供に欲しいプレゼントのリサーチをすることにした。

「サンタさんにお手紙書こうね」と言えば子供は可愛い手紙を書いて自分の要望も書いた。問題はその後である。気が変わるのだ。こっちがとっくにプレゼントを子供に見つからないように慎重に買い（結構大変)、隠しているというのに「お母さんやっぱり変えるからまた手紙かいたー」と持ってくる。「もうだめでしょー」と言うとまだ出発してないと思うと反論してくる。たしかに出発はしてないだろう時期だ。もうプレゼントは買っちゃったと思うよとか言ってるうちに細かいところをいろいろつかれてくる。次第に私の

説明はリアリティを帯びてくる。子供の手紙はやめた。子供の要望を聞き私が英語でサンタさんにメールするという設定になった。一回メールすると取り消しは不可という決まりになっていることにした。それでも最初は良かった。ドールハウスとかそれなりに夢のあるものを私が誘導して子供は「うんそれでいいよー」とか言って、何かが違うと思ってもクリスマスの朝大喜びする子供を見るのは嬉しかった。大きくなるに従って子供の要求は可愛くなくなってきた。ゲームとか可愛くないおもちゃを要求するようになってきたのだ。しかも事前にネットで検索させられ商品を具体的に決める作業が長いってもんじゃない。ネットで決まった商品を子供にみつからないように配達してもらい、隠しておく作業はとても気を使い神経をすり減らす。しかもクリスマスイブの夜は添い寝して子供を寝かしつけ、この時自分は寝てはいけない。１～２時間待って確実に熟睡したころにプレゼントを玄関に設置する。子供が起きてこないかかなりのスリルである。もし子供がいきなり起きてきたら心停止くらいするかもしれない。そうして朝は早い。5時おきである。最初はそれなりに楽しかったのだが毎年続くとかなり重荷になってくる。子供のサンタさんに関する質問も厳しくなってくる。近所のＮちゃんはサンタさんにプレゼントを２個もらったから２個でも頼めるはずなのだとか、どうして家には煙突がないのにサンタは家の中に入れるんだとか。その度に、サンタさんにも予算があるから皆が我儘言うと困るよ、とか実はお母さんが夜ピンポンがなったら鍵を開けてお礼を言ってプレゼントを受け取っているんだとか説明するとそれなりに納得する。「世界中の子供に買うんならすっごいお金になるもんねー」とか言う息子は可愛い。小６になった娘はある日小３の息子に「本当はサンタはお父さんとお母さんなんだよー」と言った。ああついにこの日がきたかと覚悟した。しかしこのとき息子は猛然と反論した。「絶対に違う！！お母さんがこんなもの買ってくれるわけがない！」。このときもう少し頑張って続けようと思った。しかし年々厳しくなる子供の追及に私の嘘は雪だるま式にふくらんでいく。リアリティを求めるのに材料はことかかない。クリスマス近くなるとテレビのニュースでフィンランドのサンタさんの活動が取り上げられ、いつかはサンタさんがハワイかどこかで水上スキーをしていた。あまつさえ宇部空港にフィンランドからサンタがやってきて息子は幼稚園行事として歓迎に行ってさえいる。しかし嘘は苦痛である。嘘をつきつづけるにはさらなる嘘を要し、10年来つき続ける嘘は膨大であり、反比例して私の記憶容量は年々貧弱になってきている。いつのまにかわが家ではフィンランドの一企業が冬季のみ数百名のサンタさんを募集し、クリスマス近くになるとサンタ達は各国に潜伏し、イブの夜突貫工事でプレゼントを配送して回るお正月の郵便局のような人達となった。しかも成長してきた子供の要求はグレードアップする。去年はデジカメをサンタさんに頼んできた。サンタさんに頼まれたら仕方ないではないか。私の努力のためか最近の子供はそうなのか、それともちょっと馬鹿なのか、息子は小４でもまだサンタさんを信じていた。しょうがないからデジカメを買った。そして主人に怒られた。すぐ壊すのに子供に高価すぎるんじゃないかというのだ。私だってそう思う。サンタじゃなくて私なら絶対買わない。でもサンタさんがデジカメを拒否する理由が思いつかなかった。しかも買うのは苦労した。子供に見つからないように電器屋に行って見つからないように隠し、見つからないようにラッピングするのだ。ついに私は最後の嘘をついた。「サンタさんからメールが来てプレゼントは10歳までの子供がいる家だけなんてー。来年からはお母さんがプレゼントを買ってあげるね」と。だから今年は楽である。

次のリレーエッセイは済生会下関総合病院　眼科の中山昌子先生です。リレーをお引き受け頂いて誠にありがとうございます。

いしの声

プレゼンテーション今昔物語

光市医師会　廣田　修

1987年、医学部3年生の時に西日本医科学生体育大会、西医体の総合主管が母校に舞い込んできました。「パンフレット委員長」に就任し、ワープロを購入して、“IT”の片鱗に触れました。

90年に卒業し、医師の道に入りました。医局の一日は、朝8時30分からのカンファレンス、通称「朝カン」から始まります。当直医の報告、学会参加者からのトピック紹介、そしてメインは、昨日入院の患者さんの主治医（研修医）からのプレゼンでした。約4～5分間で主訴、現病歴、検査所見、鑑別診断、今後の治療方針、経過を述べなければなりません。あらかじめ指導医のレクチャーがありますが、医学生でも分かる様に端的にまとめる作業は結構大変でした。これが今に続く「プレゼンテーション」の貴重な初期トレーニングとなりました。

初めての学会発表は、「偽性副甲状腺機能低下症II型の一例」、地方会で一例報告でした。文章部分こそワープロでしたが、図版部分は定規で作図したり、インスタントレタリングをこしこし転写して作成しました。スライドは外注のため、原稿完成の期限は「発表の10日前」くらいでした。本番では「この会場で、この病気に関しては私より知っている人はおるまい！」と若気の至りで臨みましたが、フロアからの質問で「うちにはその症例は何例もありますが」と嫌～な質問がきて見事撃沈、共同演者の助け舟を借りる、ありがちな展開になりました。「スライド発表は10枚以内」が大前提で、動画なんてトンデモない時代。しかし10枚以内にエッセンスを詰め込まないといけないので、ある意味思考を濃縮する良い訓練だったかもしれません。

入局後しばらくして、リンゴ印のコンピュータが医局に入ってきました。マニュアル無しでも「こう作業したら、たぶんこうなるかも」でたいがい何とかなる先進性に驚きました。ワープロには無かった“undo”、つまり“直前の動作のやり直し”機能には感激！　図版、グラフもコンピュータで描画する時代になりました。ワープロソフトで原稿を、ドローソフトで図版を作り、夜になるのを待って医局のカーテンを閉めて電気を消して三脚を立て、モニター画面を直接撮影してフィルム＝スライドを作りました。ここでも現像は外注なので、「1週間前までには完成」は変わりません。

ある頃からデジタルフィルムレコーダが導入され、医局で美しいスライドが作れる様になりました。夜になるのを待つ必要は無くなったはずでしたが、一枚のスライド焼き付けに十数分かかるため、結局一日の仕事が終了した夜になって作業スタートし、翌朝フィルムを取り出して現像に出していました。「1週間前に完成」は変わりません。ちょうどその頃初めて自分のコンピュータを手に入れ、うれしくて朝まであれこれ試したのを覚えています。このマシン、今のメイン機と同じ作業をさせると数十倍から数百倍時間がかかりますが、20年経ってもちゃんと動きます。

そして現在、コンピュータから直接大画面に出力出来る時代になりました。夢の様な進歩です。「発表直前まで作成、修正」が出来ます。スライド枚数は時間内に収まれば、事実上無制限になりました。動画も自由自在です。最近の自分のスライドを振り返ると、文字数が多く、エフェクトもかけ過ぎで反省するところ大です。妙に凝りすぎて内容が無い様では本末転倒。幼稚園から老人会、教育委員会その他、様々な講演の依頼が舞い込んできます。スティーブ・ジョブズの如くシンプルに、飽きさせない様に、正確に、そして予定時間内に収めることが出来る様に今後も精進したいと考えております。

お知らせ・ご案内

平成 24 年度　産業医学調査研究助成事業 助成希望者募集について

平成 21 年度から助成金の限度額、手続その他が大幅に改正されました。
また、申請期限も早まり、3 月 10 日までとなりましたのでご注意ください。
詳しくは財団ホームページをご覧ください。http://www.zsisz.or.jp/

財団法人産業医学振興財団

山口県ドクターバンク

最新情報はこちらで　http://www.yamaguchi.med.or.jp/docban/docbantop.htm
問い合わせ先 : 山口県医師会医師等無料職業紹介所
〒 753-0814　山口市吉敷下東 3-1-1　　山口県医師会内ドクターバンク事務局
TEL:083-922-2510　FAX:083-922-2527　E-mail:info@yamaguchi.med.or.jp

求人情報　7 件、求職情報　0 件

※詳細につきましては、山口県医師会のホームページをご覧ください。

日医 FAX ニュース

2011 年（平成 23 年）11 月 29 日　2114 号
- TPP 反対をアピール
- 支払い側、マイナス改定までは求めず
- 90 日超患者に「医療区分」導入案
- 複数意見併記で取りまとめ
- 医業継続の税特例は「見直し必要」
- 特定健診実施率、前年比増

2011 年（平成 23 年）11 月 24 日　2113 号
- 本体改定率「据え置き・抑制」と判定
- 受診時定額負担などに反対で一致
- 明細書 5,000 円は不適切
- 「適時調査」の自主返還が増加
- 6 人に 1 人が途中で服薬中止

2011 年（平成 23 年）11 月 22 日　2112 号
- 経営は依然、不安定
- 承認要件見直しで検討会設置
- 「看護師特定能力認証制度」結論出ず
- 診療報酬改定「少しでもプラスに」
- 被災 3 県を選定療養の対象外に

2011 年（平成 23 年）11 月 18 日　2111 号
- OPV の重要性を強調
- 特定看護師創設には慎重な検討を
- 改定はマニフェストの方針の基に
- 四段階制で応酬、決着は政務折衝へ
- 有効期間切れワクチンで注意喚起

2011 年（平成 23 年）11 月 15 日　2110 号
- 「世界に誇る日本の医療」断固守る
- 20 日から提言型政策仕分け
- レセプト情報の研究利用、6 件了承
- 「定期接種化まで基金で」
- 厚労省 HP でインフルの情報提供

2011 年（平成 23 年）11 月 11 日　2109 号
- 実調の「定点調査」を評価
- 有床診入院基本料の引き上げを
- 「日本医療小説大賞（仮）」を創設
- 中長期的なワクチン戦略の検討を
- 復興には医療の施設整備が急務
- 地医協の資料検証に準備時間を
- 自賠責、日医基準の制度化に意欲
- 柔整療養費の在り方で検討の場
- 拠点は地域の実情に対応した形に
- 臨床研修医部会を富山で開催
- タミフルは約 5.7 万人分供給

2011 年（平成 23 年）11 月 8 日　2108 号
- TPP「皆保険は除外」明言を
- 改定率の配分、従来通りに
- 一般病院が改善傾向
- 拠点は地域の実情に対応した形に
- 臨床研修医部会を富山で開催
- タミフルは約 5.7 万人分供給

2011 年（平成 23 年）11 月 1 日　2107 号
- 中医協、新委員に日病・万代氏
- 「定額」やめた場合の保険料を試算
- 国民の安全守れなければ参加せず
- 「在宅医療拠点」を法的に位置付け
- 医療給付費 30 兆円台に突入
- 都市部以外の内定者割合、過去最大

都をどり
－長州人・槇村正直の役割－

飄々

広報委員
吉岡達生

桜の満開の時期、2011年4月上旬に京都をおとずれた。都の春を告げるのは、祇園の「都をどり」である。太平洋戦争のため六年間(昭和19年―24年)の休演があったものの、明治5年(1872)から現在までつづき、2011年で139回を迎えた。京都五花街のうちの「祇園甲部」が「都をどり」であり、その他に例えば「先斗町」には「鴨川をどり」(先斗町歌舞練場)がある。

「都をどり」は、毎年4月1日から4月30日まで祇園甲部歌舞練場で演じられる。おおよそ1時間の公演を一日4回、30日間つづける。「都をどり」全八景は、一景から八景まで一度も幕を下ろすことなく演じられる。毎年、新たなテーマをさだめて、新作である。振付は、お座敷の舞いと同じ井上流である。

今年のテーマは、「春花京都名所尽(はるのはなみやこめいしょづくし)」である。親鸞上人の750回大遠忌に関連して、第二景は西本願寺の「梅舟入飛雲閣(うめのふないりひうんかく)」で、第六景は東本願寺の飛び地「渉成園紅葉狩(しょうせいえんのもみじがり)」であった。さらに法然上人の八百年大遠忌にちなんで、第八景のフィナーレは「東山知恩院山桜(ひがしやまちおんいんのさくら)」であった。

さて歴史的にふりかえって、明治5年3月の第一回について述べたい。明治初年の東京遷都によって衰退する京都の繁栄策として、明治5年開催の第一回京都博覧会の余興に「付博覧(つけはくらん)」として企画・実施された。京舞の井上八千代(三代目)が当時としては画期的な集団舞踊の振付を行い、京都府参事の槇村正直が「都踊十二調」の作詞を担当し、囃子は田中咲松、三味線は杵屋庄三など、新趣向を試みて、好評を博した。なお第一回の歌題は「十二調」である。

とくに京都府参事の槇村正直(1834－1896)は、長州出身の官僚政治家である。明治になってからの略歴を記す。明治元年に京都府に出仕し、2年に権大参事となったが、3年3月に粟田口止刑一件により謹慎を命ぜられる。翌年謹慎が解かれて4年9月に大参事に、11月に京都府更置により参事となる(発令換えであろう)。さらに8年7月に権知事、10年1月に京都府知事に昇進した。この間、京都府政に尽力した。諸産業の振興をはかり、学校・図書館を設立したり、病院の設置などの医療にも着手した。14年1月には元老院議官に転じ、のち行政裁判所長官などを歴任した。明治20年に男爵、23年に貴族院議員となる。

「都をどり」の歴史を語るとき、第一回目に必ず槇村正直の名前が登場する。つまり「都をどり」の恩人であり、もっといえば明治初年の京都府の恩人である。

医師年金のおすすめ

◆日本医師会が会員のために運営する年金です。　◆

◆会員医師とご家族の生涯設計に合わせた制度です。◆

制度設計から募集、資産運用等のすべてを日本医師会で運営しています。

◆◆◆　医師年金の特徴　◆◆◆

その１　積立型の私的年金

●掛金として積み立てた資金を、将来自分の年金として受け取る制度です。
●公的年金のように若い方の掛金で老人を支える制度ではありません。

その２　希望に応じて自由設計

●医師年金は掛金に上限がなく、いつでも増減が可能です。
●余剰資金をまとめて掛金とすることもできます。

その３　受取時期や方法が自由

●年金の受給開始は、原則 65 歳からですが、75 歳まで延長できます。
　また、56 歳から受給することも可能です。
●年金のタイプは、受給を開始する際に選択できます。
　（15 年保証期間付終身年金、5 年確定年金、10 年確定年金、15 年確定年金）

その４　法人化しても継続可能

●勤務医・開業医（個人・法人）に関係なく、日医会員であるかぎり継続的に加入できます。

＜問い合わせ先＞　資料請求、質問、ご希望のプランの設計等何でもお気軽にご相談ください。

日本医師会　年金・税制課

TEL：03(3946)2121(代表)　　FAX：03(3946)6295

（ホームページ：http://www.med.or.jp/）　(E-mail：nenkin@po.med.or.jp)

謹　弔

次の会員がご逝去なさいました。つつしんで哀悼の意を表します。

市川　敢一 氏	防府医師会	11月　5日	享年97
河野　　眞 氏	宇部市医師会	11月　8日	享年93
吉冨　敬二 氏	下関市医師会	11月21日	享年69
道上　文和 氏	光市医師会	11月25日	享年60

編集後記

先日、山手線に乗っていると、高校生らしき男の子がお年寄りの女性に席を譲っていました。昔はよく見かけた光景だなと思いながらあたりを見回すと、優先座席に座っているのは、傍目にはお元気そうな中年ばかりでした。たぶん皆さん、外見からは判断できない重篤な疾患をお持ちなのでしょう。

「Fitness to Practice」、最近、医学教育で注目されている概念です。適当な日本語訳がありませんが、医師という専門職に合った行動、しいて言えば「臨床適性度」くらいでしょうか。香港大学のCS Lau教授は「Fitness to Practiceの評価」と題した講演の中で、医療者として適切な行動ができる学生を育てるためには、医療倫理・プロフェッショナリズムの教育は言うまでもなく，「Fitness to Practice」の具体的な規範づくりが必要であると話されております。

病院のエスカレーターでは、患者さんを急がせることになるので歩かない、病院のエレベーターでは患者さんの話はしない、病院に入る時にはリュックサックを手で持つ、通勤・通学の電車やバスで解剖学書を開かない、等々。ごく当たり前のことのようですが、実際に病院の廊下で、研修医が患者さんの家族に呼び止められて振り返った拍子に、背中のリュックサックが患者さんに当たり、転倒、骨折といった事例があるそうです。

英国には、総合医療委員会（General Medical Council: GMC）という公的機関があり、医師の代表、医学校の代表、枢密院により選出された民間人で構成され、医療に従事する医師の資格を認定する権限を有しています。この委員会の目的は、「患者を擁護し、医師を指導する」こととあり、市民及び医療機関管理者からGMCへの通報 （約400件/月）により、Case Examiner（医師1人、民間人1人）による調査･審査が行われ、必要と認められた場合には、診療適性委員会 (Fitness to Practice Panel) が正式な処分を決定し、免許取消や戒告が行われます。

「Fitness to Practice」を教育するということに違和感をもつ方も多いのではないでしょうか。これらの適性は、医学部入学以前に持ち合わせているとも考えます。適性のある人物を大学入学試験で選別する、よく言われていることですが、ある大学病院の病院長は、AO入試で一週間一緒にいてもなかなか判らないとこぼしていました。

医学部から卒後臨床研修の一貫性が叫ばれていますが、「Fitness to Practice」教育に関しては、医学部卒業後の社会人としてのスタートの時期が最後の機会なのかもしれません。(理事　林　弘人)

From Editor

HIPPOCRATES

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。

2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。

3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。

4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。

5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。

6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

発行：山口県医師会
（毎月 15 日発行）

〒753-0814 山口市吉敷下東三丁目 1 番 1 号
総合保健会館 5 階
TEL：083-922-2510
FAX：083-922-2527

印刷：大村印刷株式会社
1,000 円（会員は会費に含む）

■ ホームページ　http://www.yamaguchi.med.or.jp
■ E-mail　info@yamaguchi.med.or.jp